



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB**

**O LUTO DOS PROFISSIONAIS
NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS:
- DO VETO AO RECONHECIMENTO -**

Rita de Cássia Ferreira Silverio

**Rio de Janeiro / RJ
2020**

Rita de Cássia Ferreira Silverio

O LUTO DOS PROFISSIONAIS
NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS:
- DO VETO AO RECONHECIMENTO -

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria (IPUB), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientadora: Nuria Malajovich Muñoz

Rio de Janeiro / RJ
Abril/2020

FICHA CATALOGRÁFICA

SILVERIO, Rita de Cássia Ferreira

O LUTO DOS PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: DO VETO AO RECONHECIMENTO / Rita de Cássia Ferreira Silverio. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2020.

X,269f.: il.; 30cm;

Orientadora: Nuria Malajovich Muñoz

Dissertação de Mestrado – UFRJ/IPUB / Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, 2020.

Referências Bibliográficas: f.213-223.

1. Serviços Residenciais Terapêuticos. 2. Luto. 3. Luto profissional. 4. Luto não reconhecido. I. Muñoz, Nuria Malajovich. II. UFRJ/IPUB / Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial. III. O Luto dos Profissionais nos Serviços Residenciais Terapêuticos: Do Veto ao Reconhecimento.

O LUTO DOS PROFISSIONAIS
NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS:
- DO VETO AO RECONHECIMENTO -

Rita de Cássia Ferreira Silverio

Nuria Malajovich Muñoz (orientadora)

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria (IPUB), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada por



Presidente, Prof. Dra. Nuria Malajovich Muñoz – IPUB /UFRJ
Orientadora

"participação por videoconferência"

Prof. Dr. Octavio Domont de Serpa Jr. – IPUB / UFRJ
Professor Associado

"participação por videoconferência"

Prof. Dra. Fátima Cristina Melo Geovanini – Universidade Estácio de Sá
(UNESA)

Rio de Janeiro / RJ
Abril/2020

Aos meus filhos: Gabriel (*in memoriam*),
Lucas e Guilherme, por tudo o que me
ensinam, todos os dias, sobre a vida e o amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos àqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, através do seu apoio, para que a presente dissertação de mestrado pudesse acontecer.

Nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas (Cora Coralina).

A Nuria Malajovich Muñoz pela paciência, empenho e disponibilidade com que me orientou neste trabalho, respeitando o meu tempo, as minhas dúvidas e angústias, ao compartilhar sua experiência e conhecimentos com toda delicadeza e respeito.

Ao Professor Octávio Domont de Serpa Jr. por aceitar integrar a banca de qualificação do projeto e a banca de defesa do mestrado, e, especialmente por todas as orientações relacionadas a metodologia de pesquisa, entre outras, as quais foram essenciais ao desenvolvimento deste trabalho.

A Fátima Cristina Melo Geovanini, por todo o empenho para conseguir integrar a banca de qualificação do projeto e a banca de defesa do mestrado, e principalmente por ter me introduzido nos estudos sobre luto, tão fundamentais em minha trajetória pessoal e profissional. Você foi essencial para que eu chegasse até aqui!

A minha amiga Patrícia Miranda pelas sugestões valiosas ainda no período de inscrição para o processo seletivo do mestrado profissional, e pela parceria de sempre.

A Danielle Flavia Oliveira Queiroz, minha querida amiga e colega de turma do mestrado, por ter me ajudado a definir o tema do projeto que foi apresentado no processo seletivo deste mestrado profissional. Posso dizer que suas contribuições foram precisas, analíticas.

A querida Rosilene Rebelo, com quem já tive/tenho o prazer de trabalhar, compartilhar a turma do mestrado e a amizade, e por toda a ajuda e presença durante o mestrado, especialmente em virtude de minha cirurgia de coluna e as consequências dela oriunda.

A todos os colegas da turma do mestrado, com quem tive a alegria de compartilhar.

A UFRJ/IPUB pela oportunidade de estudar, associando teoria e prática, em uma instituição pública de referência nacional.

A todos os profissionais entrevistados, pela confiança na pesquisa por mim empreendida e pela coragem em compartilhar de um tema tão delicado. Vocês conferiram concretude a razão de existência deste trabalho. Meu mais sincero obrigado!

A todos os profissionais da SSM com quem compartilhei muitos anos de um trabalho incessante e intenso.

A toda equipe do CAPS onde tive a oportunidade de iniciar meu percurso de trabalho e aprendizado junto aos SRT.

A todos os CAPS do município com SRT vinculados, e com os quais pude compartilhar as dores e as delícias do trabalho de desinstitucionalização, em especial, a todas as suas equipes de segmento, pelo trabalho tão refinado que realizam, meu muito obrigado!

A todos os moradores em SRT, que me mobilizaram tantas e tantas questões no decorrer de minha trajetória junto aos dispositivos residenciais em meus dez anos de trabalho. A todos àqueles que já se foram, seja os que foram mencionados nesta dissertação e tantos outros, inclusive àqueles em minha memória e coração, meu minuto de silêncio!

Ao meu marido, por toda a paciência durante todo esse percurso.

Aos meu saudoso filho Gabriel (*in memoriam*), e aos meus filhos Lucas e Guilherme pela presença vigorosa e colorida em minha vida, com vocês tenho aprendido sobre a vida e a morte.

A Ana Luzia, Gleice, Cátia e Félix pelo apoio operacional, o que me permitiu seguir neste processo com algum respiro.

A vida se transforma rapidamente. A vida muda num instante. Você se senta para jantar, e aquela vida que você conhecia acaba de repente. Numa batida do coração. Ou então devido à ausência dela (Joan Didion).

SIGLAS e ABREVIATURAS

- SUS Sistema Único de Saúde
- MS Ministério da Saúde
- SMS Secretaria Municipal de Saúde
- SSM Superintendência de Saúde Mental
- SM Saúde Mental
- CAPS Centro de Atenção Psicossocial
- SRT Serviço Residencial Terapêutico
- RT Residências Terapêuticas
- AT Acompanhamento Terapêutico
- at Acompanhante Terapêutico
- APS Atenção Primária em Saúde
- AB Atenção Básica
- ESF Estratégia de Saúde da Família
- CF Clínica da Família
- HG Hospital Geral
- IMAS Instituto Municipal de Assistência à Saúde
- Desins Desinstitucionalização
- UPA Unidade de Pronto Atendimento
- HMSF Hospital Municipal Salgado Filho
- MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS Núcleos de Atenção Psicossocial
- PNASH/
Psiquiatria Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Expansão de recursos disponíveis em SRT	75
Tabela 2	Evolução do número de SRT no município do Rio de Janeiro	76
Tabela 3	Redução de pacientes de longa permanência em leitos psiquiátricos e aumento de vagas em SRT	76
Tabela 4	Panorama de implantação das RT do município do Rio de Janeiro por CAPS até junho de 2018	89
Tabela 5	Tipologia dos SRT	89

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Mapa de Georreferenciamento das RT na cidade do Rio de Janeiro	88
Ilustração 2	Dual Processo Model of coping with bereavement	139
Ilustração 3	Modelo do Processo Dual de Luto	140

RESUMO

O LUTO DOS PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: - DO VETO AO RECONHECIMENTO -

Rita de Cássia Ferreira Silverio
Nuria Malajovich Muñoz (orientadora)

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria (IPUB), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Modelo Dual de Luto Modelo Dual de Luto como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro, 2020.

Esta dissertação tem como objetivo descrever e analisar as repercussões da morte dos moradores nos Serviços Residenciais Terapêuticos do Município do Rio de Janeiro sobre os profissionais destes dispositivos, conferindo visibilidade e legitimidade ao seu luto. Visa-se assim suscitar a premência de espaços coletivos de troca e compartilhamento sobre as questões inerentes ao luto profissional, assim como a construção de conhecimento acerca desta temática. Utilizando-nos da autoetnografia colaborativa como inspiração metodológica, construímos e analisamos as narrativas de nove profissionais da equipe de segmento do SRT (coordenador técnico de RT, acompanhante terapêutico, cuidadores e técnico de enfermagem), sendo possível identificar as relações vinculares estabelecidas com o morador perdido; a repercussão dos trâmites realizados no pós-óbito imediato, vivenciados de forma extenuante; as diversas reações ao luto e suas formas de enfrentamento – incluindo-se os fatores de risco e proteção; as consequências a determinadas reações sociais e institucionais; e por fim o cuidado àquele que cuida, o que nos atestou quanto à necessidade de elaborar estratégias de enfrentamento em situações de difícil manejo. Reconhecemos que a experiência destes profissionais - relacionadas à perda e ao luto nos SRT - produzem impactos pessoais e coletivos, ou seja, em suas subjetividades e em seus processos de trabalho. Visando o fomento à criação de estratégias que favoreçam o acolhimento, a escuta e o encaminhamento das questões de luto, elaboramos como contribuição técnica a versão preliminar de um Manual Operativo sobre *como enfrentar o Luto nos SRT* para profissionais e gestores em Atenção Psicossocial e um material didático em forma de *Livreto de Orientações sobre o Luto* destinado aos profissionais em SRT, de consulta rápida e acessível.

ABSTRACT

THE MOURNING OF PROFESSIONALS RESIDENTIAL THERAPEUTIC SERVICES: - FROM VETO TO RECOGNITION -

**Rita de Cássia Ferreira Silverio
Nuria Malajovich Muñoz (orientadora)**

Summary of the Master's Dissertation submitted to the Graduate Program in Psychosocial Care, Institute of Psychiatry (IPUB), Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ), as part of the necessary requirements to obtain the title of Master in Psychosocial Care, Rio de Janeiro, 2020.

This dissertation aims to describe and analyze the repercussions of the death of residents in the Residential Therapeutic Services of the Municipality of Rio de Janeiro on the professionals of these devices, giving visibility and legitimacy to their grief. Thus, it aims to raise the urgency of collective spaces for exchange and sharing on issues inherent to professional mourning, as well as the construction of knowledge about this theme. Using collaborative self-ethnography as methodological inspiration, we built and analyzed the narratives of nine professionals from the SRT segment team (RT technical coordinator, therapeutic companion, caregivers and nursing technician), making it possible to identify the links established with the resident lost; the repercussion of the procedures carried out in the immediate post-death, experienced in an exhausting way; the various reactions to grief and its ways of coping - including risk and protection factors; the consequences for certain social and institutional reactions; and finally, care for the caregiver, which attested to the need to develop coping strategies in situations of difficult management. We recognize that the experience of these professionals - related to loss and bereavement in the SRT - produces personal and collective impacts, that is, in their subjectivities and in their work processes. Aiming to foster the creation of strategies that favor the reception, listening and forwarding of grieving issues, we have prepared as a technical contribution the preliminary version of an Operational Manual on how to face Mourning in the SRT for professionals and managers in Psychosocial Care and a material didactic in the form of a Mourning Orientation Booklet for professionals in SRT, with quick and accessible consultation.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1 METODOLOGIA	20
1.1 Considerações Metodológicas	27
1.2 Desenho da Pesquisa	30
1.3 Aspectos Éticos	39
2 DESAFIOS DA DESINSTITUIONALIZAÇÃO	43
2.1 Particularidades do processo de desinstitucionalização: a história Ari	43
2.2 A institucionalização como exercício de poder	47
2.3 Breve panorama histórico sobre o processo de Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização	52
2.4 Residências Terapêuticas: residência / casa / moradia / lar?	81
REPENSANDO A MORTE E O LUTO NO TRABALHO EM SAÚDE	93
3.1 Vamos falar sobre a morte!?	93
3.2 A morte nossa de cada dia	103
3.3 Luto, uma travessia	117
3.4 A Travessia de um Luto – uma narrativa de cuidado ao enlutado	153
3.5 O luto no contexto das Residências Terapêuticas	156
4 VIDA E MORTE NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	166
4.1 Nas fronteiras do cuidado: Narrativas de perda e luto profissional	166
4.1.1 Relação de Apego (e sua importância mediante a perda)	167
4.1.2 Trâmites e Intervenções no Pós-óbito Imediato	174
4.1.3 Reações ao Luto	181
4.1.4 Reações de Enfrentamento	189

4.1.5	Relações Sociais e Institucionais	194
4.1.6	Cuidado Àquele que Cuida	202
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	210
	REFERÊNCIAS	213
	ANEXOS	224
A	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	225
B	NARRATIVAS DE PERDA E LUTO PROFISSIONAL SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	227
C	Manual Operativo sobre o enfrentamento do Luto nos SRT para profissionais e gestores em SRT	241
D	LIVRETO DE ORIENTAÇÃO SOBRE O LUTO para profissionais nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	255

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ser contadora de histórias reais é acolher a vida para transformá-la em narrativa de vida. É só como história contada que podemos existir (Brum, 2014)

O interesse em pesquisar o tema do luto dos profissionais no âmbito da desinstitucionalização, mais especificamente dos Serviços Residenciais Terapêuticos¹, se insere em uma proposta que busca delinear meu percurso a partir da minha vivência, no lugar de área técnica na cogestão deste projeto de âmbito público. Itinerário atravessado por inúmeros percalços e desafios pertencentes ao processo. Também pela aspiração em tornar possível a vida para dezenas/centenas de pessoas fora dos hospitais psiquiátricos, em um criar e recriar da vida como ela é - construída no cotidiano - com suas virtudes e tensões. E, simultaneamente, sustentar condições mínimas de cuidado que considere as pessoas envolvidas, os recursos necessários e, especialmente, o respeito às diferenças. O que pode parecer encerrar um paradoxo: será essa uma “*missão impossível*”? Esta tem sido a nossa aposta e também o nosso desafio!

Algumas das questões que vêm me inquietando referem-se à natureza deste projeto na atualidade, o seu alcance, e a sua inclusão em nossa cidade. Como garantir a devida distinção entre o tratar e o morar, assim como a devida privacidade aos seus moradores no cerne de um serviço público de saúde? Tarefa complexa, que exige a conjugação de saberes, poderes e afetos inerentes a qualquer projeto institucional. De outro modo, como não repetir os lugares comuns de tutela, clausura e controle de corpos e mentes, no fazer da gestão? E por fim, como incluir definitivamente os profissionais enquanto sujeitos nesta história, sem produzir silenciamentos?

Nestes equipamentos tão intensivos, onde a proposta primordial é habitar a vida, a relação profissional – usuários / moradores - é bastante central. A presente investigação situa-se assim na interface da clínica com a gestão e visa (re)conhecer a experiência dos profissionais que atuam junto aos usuários / moradores nos SRT, mais especificamente em relação às repercussões que o óbito de usuários / moradores provoca na subjetividade destes profissionais e às ressonâncias geradas em seus processos de trabalho, no que se refere ao luto dos profissionais em seu ofício de cuidar.

¹ Esclarecemos que SRT e RT são sinônimos, designando portanto, o mesmo dispositivo de atenção psicossocial no âmbito da moradia.

A escolha por aprofundar a temática do luto dos profissionais nestes dispositivos de moradia, está pautada em quatro aspectos primordiais:

- 1) Aquilo que venho recolhendo ao longo dos anos, através dos relatos dos profissionais, acerca das situações de confronto com a morte e com tudo aquilo que se desdobra a partir dela;
- 2) A minha trajetória de trabalho e estudo em tanatologia e luto, inclusive junto a profissionais em saúde. Nesta esfera, a Teoria do Apego de John Bowlby (1907-1990) representa um embasamento valioso, uma vez que trata das questões vinculares relacionadas ao apego, à perda e à separação;
- 3) O meu trabalho com grupos e equipes de saúde (profissionais e gestores em saúde) através da metodologia Balint-Paidéia;
- 4) E por fim, minha própria experiência pessoal e profissional no que concerne às perdas e, deste modo, ao luto.

Pretendo, com isso, conferir visibilidade àquilo que me parece, sob alguns aspectos, excluído desses processos, a subjetividade do próprio trabalhador em saúde. É importante que a diversidade seja reconhecida, não somente no que concerne à singularidade de nossa clientela, mas também dos profissionais envolvidos neste trabalho; dos diferentes olhares, dos distintos territórios que compõem nossa cidade e das distintas territorialidades afetivas, dos inesperados atravessamentos, dos inevitáveis acontecimentos. Trata-se de produzir, assim, formas mais solidárias e fraternas de trabalho e de relação.

Dimensões e particularidades que são, para mim, de ordem da afirmação da vida. E de que toda vida vale muito! Parafrazeando, Saunders (1991): *o sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida*².

² Aqui destaco aquilo dito por uma ilustre profissional no campo da bioética e do luto: em algumas situações, mesmo ao se ofertar cuidado, o sofrimento pode ser insuportável. Entretanto, ressalvo essas situações como a exceção.

O **objetivo geral** deste trabalho é (re)conhecer a experiência dos profissionais que atuam junto aos usuários / moradores nos Serviços Residenciais Terapêuticos a partir de suas narrativas a respeito de situações envolvendo o óbito de usuários / moradores, de modo a verificar as possíveis ressonâncias sobre suas subjetividades e em seus processos de trabalho, naquilo que se refere ao luto dos profissionais em seu ofício de cuidar.

Quanto aos **objetivos específicos**, foi necessário: 1) mapear os óbitos ocorridos nos SRT no período de 2015 a 2018; 2) verificar a incidência dessas mortes em cada um dos segmentos vinculados aos CAPS, utilizando como eixo norteador da pesquisa os SRT com maior incidência de óbitos; considerar o luto dos profissionais, seu impacto e repercussões no trabalho desenvolvido; 3) verificar se o cuidado ao luto daquele que cuida contribui para a elaboração e superação da perda e para a produção de saúde dos profissionais; 4) analisar o papel do vínculo afetivo neste contexto, assim como seus desdobramentos sobre o cuidado; 5) e ainda propor, a partir da coleta e análise dos dados, possíveis estratégias de intervenção no âmbito do luto do profissional.

A **meta** estabelecida foi a de favorecer, refletir e significar o papel do luto no âmbito pessoal e coletivo de trabalho, assim como as expectativas concernentes as relações estabelecidas, permitindo a construção de conhecimento acerca da temática do LUTO dos PROFSSIONAIS no âmbito dos SRT.

Os **resultados que esperamos** atingir a partir do desenvolvimento deste trabalho:

- Conferir visibilidade ao luto dos profissionais nos Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Favorecer a criação de espaços coletivos de troca e compartilhamento sobre as questões inerentes ao luto do profissional.

Tendo efetuado as devidas considerações a fim de contextualizar o trabalho em questão nesta dissertação, seguimos com a reflexão acerca deste projeto de desinstitucionalização na atualidade, o qual envolve uma análise de suas pretensões, o seu alcance, o caminho percorrido, os desafios enfrentados, aquilo em que foi possível avançar e em que cidade se insere, sendo essencial o olhar atento para aqueles que conferem sustentabilidade e concretude ao dia-a-dia da vida em ato. Projeto que se constrói em uma sutil tecitura entre desejo e demanda, necessidade e possibilidade, oferta e procura, expectativa e frustração, realização e utopia,

acertos e também incertezas, e tantas outras dicotomias presentes no dia-a-dia do trabalho em saúde. Aquilo que Onocko denominou como uma *tensa transversal*:

Entre o instituído e o instituinte, e deste modo, entre a ordem estabelecida que sustenta a operatória dos processos produtivos, e a desordem dos processos criativos e de mudança. Entre as dores das quebras e rupturas, e as alegres dores do parir. Talvez a metáfora do parto nos devolva a dimensão geratriz; dores de parto ninguém esquece, contudo, ninguém passa a vida sofrendo por elas. Pois, ao final, o que importa é que essas dores anunciam o teimoso e persistente recriar da vida (Onocko, 2007, p. 147).

Para atingir o meu objetivo, iniciei o primeiro capítulo apresentando a METODOLOGIA de pesquisa utilizada neste trabalho, seja na apreensão das narrativas como também em sua estruturação. Subdividindo o capítulo em três eixos, quais sejam: considerações metodológicas, desenho da pesquisa e aspectos éticos. No decorrer desses três eixos procurei explicitar os aspectos concernentes a minha escolha pelo método autoetnográfico de pesquisa, situado no domínio da pesquisa qualitativa. A utilização do método teve por finalidade aprofundar os aspectos concernentes à singularidade do luto dos profissionais dos SRT mediante a morte dos moradores por eles cuidados, assim como as repercussões no cotidiano do trabalho.

No segundo capítulo, demonstro os DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, através da introdução de um breve percurso histórico iniciado no cerne das Reformas Sanitárias e Psiquiátricas e da Luta Antimanicomial, transitando assim entre movimentos ativos e intensos de trabalhadores, pacientes e familiares e a implementação de leis e regulamentações *sui generis* à Saúde Mental. Neste capítulo, realizo uma trajetória através das particularidades do processo de desinstitucionalização de um morador em SRT, denominado Ari. Posiciono a institucionalização enquanto exercício de poder, por meio das concepções teóricas de Goffman e Foucault. Posteriormente, mergulho no universo da desinstitucionalização e da implantação e manutenção dos SRT no município do Rio de Janeiro, contextualizando-o no plano mais geral de nossa cidade com os desafios que lhe são próprios e ímpares. Aprofundo, ainda, a conjuntura das Residências Terapêuticas, refletindo acerca de suas razões de possibilidades, seja o enquadramento como residência, casa, moradia e/ou lar.

No transcorrer do terceiro capítulo, REPENSO A MORTE E O LUTO NO TRABALHO EM SAÚDE, efetuando uma travessia entre algumas das mais importantes

concepções teóricas (psicológica, sociológica e histórica) sobre a temática da morte e do luto e, neste sentido, apresento algumas narrativas acerca das minhas próprias vivências no âmbito do meu trabalho na saúde. A construção deste capítulo se pauta em alguns eixos: o contato com a morte e com o tabu da morte, ainda presentes em nossa cultura; deslocando-me historicamente junto com Ariès e Norbert Elias pelas visões da morte no ocidente através dos tempos; as distintas concepções de luto que me atravessam e são centrais em minha forma de compreender o fenômeno da perda e do luto, e deste modo, intervir nas práticas clínicas. Por fim, e como não poderia deixar de ser, aquilo que me motivou na realização da presente pesquisa, a travessia do luto nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

No quarto e último capítulo, VIDA E MORTE NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS, empreendo a delicada tarefa de apresentação, análise e discussão das narrativas dos trabalhadores dos SRT, participantes desta pesquisa, articulando-as teoricamente: Nas fronteiras do cuidado: Narrativas de Perda e Luto Profissional.

E por fim, à guisa de conclusão, exponho minhas considerações acerca do trabalho de pesquisa levado a termo.

O próprio viver é morrer, porque não temos um dia a mais na nossa vida que não tenhamos, nisso, um dia a menos nela (Fernando Pessoa).

METODOLOGIA

Por que os dados introspectivos precisam ser ocultados em nossos estudos de ciências sociais? (Ellis, 1995)

Uma vez que a perda, como campo de investigação, é aflitiva, o estudioso enfrenta, além de problemas intelectuais, também problemas emocionais” (Bowlby, 2004 [1985], p. 4).

Não poderia iniciar este capítulo sem dizer da imensa importância de meu encontro com o método autoetnográfico, conforme proposto por Carolyn Ellis (1995), autora da frase acima. Talvez porque este método enuncie o meu processo de aprendizagem e apreensão do mundo, onde os dados introspectivos e relacionais não são alheios ao processo, pelo contrário, são componentes do mesmo. Direção esta que condiz com todo o meu percurso formativo e clínico, constituído no encontro entre poderes, saberes e também afetos.

A partir da descoberta do método, o lugar de pesquisador adquiriu outro contorno para mim. Trata-se de um tipo de investigação que não exclui a autobiografia daquele que pesquisa, tampouco as relações que norteiam todo o contexto e o campo da pesquisa. O pesquisador é orientado pela ética e também pela política da solidariedade ou, em outros termos, política da amizade³.

Neste sentido, o método autoetnográfico permitiu que eu revisitasse meus lutos profissionais, assim como as suas repercussões em minha vida, especialmente os lutos vividos no âmbito do trabalho em saúde mental, mais propriamente nos SRT. Possibilitou-me ainda reconsiderar o impacto das perdas pessoais mediante as perdas vivenciadas no contexto laborativo.

³ Lisa M. Tillmann Ph.D - Rollins College - Friendship as Method (2015) - Durante a pesquisa para a sua dissertação de pós-doutorado, elaborou a amizade não apenas como tema de sua pesquisa, mas também como seu método principal, e cunhou o termo “*amizade como método*”. Primeiramente definiu o conceito de amizade, depois concedeu a amizade o *status* de trabalho de campo, e, finalmente estabeleceu os fundamentos metodológicos da amizade como método. Para Tillman, esse modo de investigação qualitativa envolve pesquisar com as práticas, no ritmo, nos contextos naturais, e com uma *ética de amizade*. Pesquisar com a prática de amizade significa que além das formas tradicionais de coleta de dados (observação participante, anotações sistemáticas e entrevistas informais e formais), existem os procedimentos primários, ou seja, aqueles que usados para construir e manter a amizade: conversa, cotidiano, envolvimento, compaixão, generosidade e vulnerabilidade. Segundo, a amizade como método exige que pesquisemos no ritmo natural da amizade.

Uma destas histórias ressurgiu em meus pensamentos ao escrever esta narrativa acerca do meu encontro com o método e, portanto, com a pesquisa, que comporta a dimensão intersubjetiva e clínica, tendo em vista os efeitos produzidos pelo processo.

Laura foi moradora de um dos SRT onde trabalhei como coordenadora e estava internada na época em que iniciei neste trabalho. Minhas primeiras impressões ao conhecê-la eram de que a vida na RT para ela beirava o insuportável, embora não o impossível, o que exigia diferentes intervenções rumo à sua desinstitucionalização e ao seu cuidado integral. E assim o trabalho foi sendo realizado, considerando outras e diferentes possibilidades de inserção no cotidiano da vida em uma RT e na cidade. Com o alargamento dos vínculos até então circunscritos ao hospício, um novo processo de desinstitucionalização se produziu. Para fins desta narrativa, me deterei na história de meu encontro com a perda e o luto na esfera do trabalho em SRT. Do mesmo modo que Ellis (1995), autorizo-me, para abordar o entrelaçamento de meu acompanhamento terapêutico à perda de Laura, a falar sobre a perda que vivenciei em foro íntimo na mesma ocasião, na busca por demarcar um território existencial por onde transitam muitos trabalhadores em SRT, razão deste trabalho.

No dia 13/09/2011, por volta das 9h da manhã, Laura acompanhada da cuidadora da RT onde residia, dirigiu-se a UPA para atendimento em virtude de intensa dor abdominal. Após avaliação realizada por exame de imagens, permanece em observação e, ao final da tarde, foi transferida para um hospital geral para cirurgia de desobstrução intestinal.

Realizada a transferência, a cuidadora permaneceu ao seu lado até o momento em que foi solicitado que se retirasse, apesar de tratar-se de profissional de saúde e, por conseguinte, cuidadora formal, o que ocasiona a contenção da paciente, após tentativa de retirada dos acessos. Já neste momento, inúmeros questionamentos surgiram referentes à integralidade do cuidado ofertado à paciente e ao funcionamento da rede de saúde. Afinal, não teria direito ao acompanhamento tratando-se de uma paciente com transtorno mental grave, e que se encontrava acentuadamente agitada em função da dor e consequentes procedimentos que se seguiram?! E quanto à profissional presente, sendo da rede de saúde, não poderia ter sido considerada como um recurso no acompanhamento à paciente, visando à qualidade do seu cuidado e desta maneira seu bem estar? Não poderia inclusive ter-se evitado o recurso da contenção, visto que ela já se encontrava fragilizada pela dor e diante de todos os

acontecimentos que se sucederam? Pois bem, nada disso foi levado em conta a despeito da tentativa de diálogo.

Nesse mesmo dia, ao final da tarde, uma das acompanhantes terapêuticas (psicóloga) do mesmo segmento, foi para o hospital e lá permaneceu até por volta das 23h e, juntamente com a cuidadora, tentou obter notícias da paciente, sem sucesso. Primeiro, foi dito que aguardassem pelo médico chefe da emergência para obtenção de informações. Na sequência, a informação recebida foi de que não adiantaria chegar cedo no dia seguinte, uma vez que a visita seria somente às 12h e, antes disso, o médico não conversaria com familiares e afins.

Na manhã seguinte, apesar das informações “contraditórias”, a cuidadora encaminhou-se cedo ao hospital, na tentativa e esperança de obter alguma notícia a respeito do procedimento cirúrgico, novamente sem sucesso. Às 12h, momento em que a acompanhante terapêutica também chegara ao hospital, o CAPS recebe a notícia - por telefone - do óbito da paciente, que já havia sido transmitida ao hospital psiquiátrico onde estivera institucionalizada.

Ou seja, duas profissionais (em saúde) da equipe do CAPS estavam acompanhando a paciente desde o dia anterior, a postos no hospital, tentando de todos os modos obterem qualquer notícia acerca do estado de saúde da paciente, sem qualquer eco sob a equipe do hospital, o contato efetuado por telefone à instituição “internante”. Até este recorte da história, não são poucos os questionamentos e reflexões suscitadas, primeiramente a respeito da fragmentação da RAS; das dificuldades abissais na construção de uma rede quente⁴; e das deficiências na comunicação de notícias difíceis⁵, que minimamente deve considerar os laços

⁴ A **Rede quente** é constituída **horizontalmente**, e vai sendo tecida a partir do (re)conhecimento do território e da clientela, e comporta flexibilidade na gestão do cuidado, visando favorecer a boa comunicação entre os serviços. Em contraponto, temos a **rede fria**, que no geral, é **constituída verticalmente**, desconhecendo as peculiaridades do território e de sua população, estabelecendo comunicação inadequada entre os diferentes serviços (rede externa) e dentro do próprio serviço (rede interna) – (Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis [EBBS], 2007).

A definição de redes quentes e frias, pode ser compreendida com diferentes momentos, por exemplo, de uma rede de saúde, incluindo não só os equipamentos, pessoas, trabalhadores, mas seu maior ou menor potencial de conectividade e capacidade de realizar novas conexões, novos arranjos. Uma rede dita fria são aquelas com alto grau de conformação, organização, normatização, hierarquização, homogeneização, reprodução e rebatimento das práticas e das subjetividades. Uma rede quente se constituiria por um momento, onde este poder de organização e normatização se desestabiliza, se desacomodando. Na perspectiva clínico política, uma intervenção só é possível, quando o sistema de rebatimento se desarranja, permitindo devires minoritários, através das variáveis menores (Passos e Barros, 2009, pág. 29-30 apud Gomes e Merhy, 2014).

⁵ Promover a comunicação em detrimento da informação por ocasião da transmissão de uma notícia difícil é uma medida racional, pois enquanto a comunicação envolve e considera todos os atores envolvidos e todos os aspectos

da paciente e o seu ambiente familiar e/ou social. Pois é, parece improvável, mas fui eu, na época coordenadora das RT deste segmento, que comuniquei a má notícia⁶ do óbito às profissionais que aguardavam no hospital. Somente após aproximadamente uma hora da notificação por telefone, as profissionais que estavam no hospital receberam alguma notícia advinda diretamente da unidade hospitalar, isto porque já buscavam informações acerca da liberação do corpo e da causa do óbito.

No extremo da cidade (o hospital geral fica situado na Zona Oeste da cidade e o CAPS na Zona Norte), eu retornava ao trabalho após uma semana de afastamento devido à morte da minha mãe, que esteve por três meses em cuidados paliativos devido a uma neoplasia maligna metastática. Recordo-me de estar entrando na sala de equipe do CAPS, quando uma profissional da equipe assistencial acabava de desligar o telefone, e com todo cuidado preparava a ambiência para efetuar a comunicação sobre o óbito da moradora Laura.

O trabalho acontece nos recônditos de outras tantas ações, não menos importantes, mas que ganham destaque enquanto todo esse processo tão doloroso e exaustivo transforma-se tão somente em relatório e outras tantas documentações. Até quando o luto do profissional envolvido em todo esse processo de cuidar será desconsiderado, bem como todo o vínculo afetivo que sustenta o árduo trabalho da reabilitação psicossocial?! Até quando a Saúde Mental será tratada como a “prima pobre” da saúde em geral?! Poderia continuar com as indagações, a lista não para aqui, mas sigamos...

Neste ínterim, contatamos a madrinha da paciente com quem residia sua mãe já idosa e única familiar direta ainda viva, tendo ela se dirigido imediatamente ao hospital, junto com a mãe da paciente, que até o presente momento, só fora comunicada a respeito da cirurgia. Esta mãe, diante da notícia do óbito de sua filha de quarenta e poucos anos, desmaiou sendo encaminhada à emergência. Enquanto isso, a assistente social do hospital efetuou a tentativa da liberação do corpo, já que a mãe da paciente encontrava-se no hospital e portava todos os documentos. No entanto, como estava impossibilitada de assinar, devido ao impacto pela

inerentes ao cuidado, até mesmo os ruídos, a informação centraliza-se no diagnóstico e prognóstico (Silverio, 2011).

⁶ *Má notícia pode ser definido como “qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre seu futuro” [13]. Entretanto, a má notícia está sempre “na perspectiva de quem olha”, de modo que não se pode estimar o impacto da má notícia até que se tenha determinado as expectativas e compreensão de quem a recebe (Walter F. Baile e colaboradores, 2000)*

notícia da morte de sua filha sobre seu estado de saúde, o corpo não foi liberado, o que retardou sobremaneira todo o processo que se seguiria, entre outros transtornos.

Além disso, houve a necessidade de que outro profissional da equipe do CAPS fosse até a unidade de saúde com os devidos documentos para a liberação do corpo, documento este exigido e pormenorizado pelo hospital, que não informou sobre a imposição do reconhecimento de firma. Dado ao adiantado da hora, ao chegarmos ao hospital, não foi mais possível acionar o cartório e, portanto, efetuar a liberação do corpo naquele dia.

Todo este trabalho foi efetuado pela equipe de segmento do CAPS: desde as resoluções administrativas, passando pelo acolhimento e apoio aos familiares, comunicação aos moradores não só da casa onde residia a paciente como aos demais moradores do segmento devido aos laços de amizade, organização do velório, enterro e tudo o mais que se segue, etc. etc. e etc.

Concomitante a isso tudo, tentávamos obter alguma notificação sobre a *causa mortis* de Laura e, o que após muita insistência conseguimos parcialmente, denotando a falta de sensibilidade, respeito e reconhecimento à dor daqueles que acabaram de vivenciar o óbito de alguém que lhes era caro, inclusive e, especialmente, seus familiares. Com o boletim de entrada em mãos, uma médica gestora na unidade ponderou sobre o diagnóstico com que a paciente deu entrada no hospital: obstrução intestinal e retirada de fecaloma pelo ânus. O que, segundo ela, provavelmente era a causa secundária desta obstrução, que tinha como possível causa primária duas hipóteses diagnósticas: volvo intestinal (torção de uma alça do intestino ao redor de seu ponto de fixação mesentérica, geralmente produzindo obstrução intestinal e infarto do mesentério, partes do intestino delgado) ou câncer de cólon. Fomos informadas, ainda, de que a paciente tivera convulsão e parada cardiorrespiratória, sem maiores explicações sobre o ocorrido.

Cabe ressaltar que o atendimento efetuado nesta direção, desde a recepção pela secretária da tarde, foi desrespeitoso e desconsiderou o vínculo das profissionais com a paciente e o mínimo de cuidado, pois não se tratava de um corpo (ainda que fosse indigente), mas de uma pessoa. Cabe esclarecer que como equipe responsável pelo SRT do referido CAPS estamos presentes na vida destas pessoas 24h cotidianamente, realizando com elas todas as tarefas e/ou atividades necessárias ao andamento da vida. Acho que isso não é pouca coisa para ser desconsiderada, não é mesmo (Relatório, 2011⁷).

⁷ Este relatório foi feito por mim na ocasião em que fui coordenadora técnica das RT do CAPS Clarice Lispector.

No dia 15/09/2011, ainda no turno da manhã, retornamos ao hospital portando os documentos registrados em cartório e aguardamos pela aparição do médico chefe da emergência, responsável por preencher e assinar a declaração de óbito, por quase três horas. Quando finalmente fomos atendidas, o médico demarcou que não deveria ser ele a preencher o óbito e sim o médico que o atestou e que, em função disto, não poderia emitir qualquer informação sobre a causa da morte da paciente, atestando na declaração do óbito causa indeterminada. Fora isso, após nossa ida ao cartório, tivemos que retornar à emergência, com mais tempo de espera, pois o médico havia preenchido incorretamente o atestado de óbito.

Após nossa saga de idas e vindas entre cartório e hospital, conseguimos, finalmente e com muito auxílio do profissional da agência funerária, a certidão de óbito às 16h, de tal modo que não foi possível a liberação do corpo da paciente também nesse dia. Deparamo-nos, então, com o dilema de ter que retornar ao hospital na manhã seguinte, a fim de, novamente, reconhecer o corpo e deste modo liberá-lo, o que a madrinha de Laura se dispôs a fazer.

Ou seja, transcorridos quatro dias da internação da paciente com dor abdominal e posterior encaminhamento cirúrgico, foi com a notificação de causa indeterminada que realizamos o sepultamento e retornamos para a realidade cotidiana de nosso trabalho e de nossas vidas. Obviamente, reconhecendo os meus limites naquele momento, optei por não acompanhar o ritual de despedida à paciente, que seguiu com o acompanhamento da equipe de segmento até o momento do sepultamento e retorno ao trabalho.

Ao narrar esta história pretendo situar a importância do método escolhido para realizar a pesquisa narrativa. De outro modo, como poderia abordar a experiência dos profissionais que vivenciam essas perdas e debruçam-se em todos os cuidados pós-óbito para que o morador seja tratado com dignidade no momento final de sua vida? E como lidam com o fato de saber que esta perda poderá não ser a única vivenciada e acompanhada em seu trabalho junto aos SRT? E que perdas, por vezes consecutivas, acontecem em toda a sua magnitude e com todos os seus atravessamentos e consequências, como acontece com todas as pessoas, e que, além disso, serão eles provavelmente a realizar todos os procedimentos e a acompanhar todo o processo, antes, durante e após o óbito?

Falo aqui de um trabalho artesanal, construído no entrelaçar de vidas pulsantes e reais, sejam elas dos pacientes-moradores ou dos trabalhadores. Ressalto ainda que, para além desta

narrativa, existem outros tantos pacientes do CAPS e moradores em RT, o que significa que a vida não para e que, simultaneamente a tudo isso, milhares de outras dimensões e acontecimentos ocorrem nos SRT sob o acompanhamento da equipe 24h por dia, seja ele presencial e/ou por telefone.

Dito isto, encerro este relato pontuando outro aspecto de relevância no meu encontro com o método autoetnográfico e que se refere ao fato de que também Carolyn Ellis se situa como um “curador-ferido”⁸, fato este que resultou em sua produção científica sobre o método e em diversas análises sócio antropológicas. Seu livro *Final Negotiations – a story of love, loss and chronic illness* (Ellis, 1995) é contundente a esse respeito.

Vários eventos aconteceram em minha vida durante os últimos anos impactando o meu trabalho. Primeiro, meu irmão mais novo morreu em 1982 em um acidente de avião quando estava a caminho de me visitar (ver Ellis 1993). Ao mesmo tempo, Gene entrou nos estágios finais de seu enfisema crônico. Zombando de meus medos e esperanças, flashbacks de imagens da TV ao vivo mostram destroços do avião em que estava o meu irmão, no rio Potomac, e são interrompidos na vida real por Gene engasgando e gritando para que eu desembarasse sua mangueira de oxigênio. De repente, a pesquisa cientificamente respeitável acerca do ciúme em que eu estava trabalhando parecia insignificante (cf. Krieger 1991). Em vez disso, eu queria entender e lidar com a intensa emoção que sentia pela súbita perda de meu irmão e pela dor insuportável que senti quando Gene se deteriorou. A apresentação de meu eu como otimista e alegre foi desafiada (Ellis, 1995, tradução nossa).

⁸ Conta a lenda que Cronos se viu atraído fortemente pela bela Filira e, para tê-la, precisou se transformar em um cavalo para fugir da desconfiança de sua mulher, a deusa Réia. Da união desse amor proibido nasceu um menino, metade homem, metade cavalo. Inconformada em ter gerado um Centauro, a mãe rejeitou o filho, pedindo aos deuses que a transformassem em uma árvore. Os deuses, sensibilizados com o pedido, escolheram transformá-la em uma Tília. Quando Cronos soube, preocupado com os lenhadores, resolveu protegê-la fazendo com que ela exalasse para todo sempre um agradável e inebriante perfume durante a primavera. Os Centauros costumavam ser violentos, por isso Cronos, que amava o filho, decidiu mudar esse destino dando-lhe suas virtudes de deus do tempo. Quiron herdou do pai a sabedoria, os conhecimentos de magia, astronomia e o dom de prever o futuro. Além disso, era conhecedor das artes e da música. O menino foi entregue ao Deus Apolo e à deusa Artêmis para ser educado e, por sua sabedoria, virtudes e grande espiritualidade, foi eleito como rei dos centauros, recebendo a missão de educar os jovens para o respeito às leis divinas. Certa vez, quando seu amigo Hércules matou o monstro Hidra de Lerna com cabeças envenenadas, acidentalmente o feriu na coxa com uma das flechas saturadas de sangue do monstro. Quiron, embora imortal, não conseguia curar a si mesmo, ficando condenado a viver em sofrimento. Ferido e com um ponto sensível que doía ao ser tocado, reconheceu que possuía uma vulnerabilidade. Os ferimentos de Quiron o transformaram no curandeiro ferido, aquele que, por meio de sua própria dor, é capaz de compreender a dor dos outros. Quiron representa a parte ferida de cada um, simbolizada por alguma deficiência, limitação ou problema, que o torna benevolente em relação aos que o cercam, pois entende-lhes o sofrimento com compaixão (O mito de Quiron – o curador ferido, <http://www.gilbertogodoy.com.br/ler-post/o-mito-de-quiron--o-curador-ferido>).

1.1 Considerações Metodológicas

A metodologia qualitativa de pesquisa foi utilizada para aprofundar os aspectos concernentes à singularidade do luto dos profissionais da equipe de segmento dos CAPS no contexto dos SRT, mediante a morte dos moradores por eles cuidados. Investiguei também, as repercussões no cotidiano do trabalho da equipe de segmento, especialmente quando este processo de luto não é reconhecido (Doka, 1989) e acolhido de forma apropriada.

Em todos esses grupos, os problemas podem surgir na expressão do luto, que pode ser intensificado por ter sido ignorado ou reprimido: porque a raiva e a culpa podem surgir e complicar o curso do processo de luto: pela exclusão do enlutado dos rituais: e pela falta de apoio social para viver o processo de luto. (Parkes, 1998, P.163)

No domínio da pesquisa qualitativa, a escolha pelo método autoetnográfico se pautou na possibilidade que este oferece de estudar e escrever acerca de aspectos socioculturais na perspectiva do autor em sua inter-relação com os participantes da pesquisa e, especialmente, na possibilidade de conferir visibilidade à vivências e sentimentos silenciados, neste caso, mediante a perda na esfera profissional no contexto dos SRT. *‘Quando fazemos autoetnografia, olhamos para dentro, em nossas identidades, pensamentos, sentimentos e experiências, e para fora em nossos relacionamentos com a comunidade e sua cultura’* (Adams, Jones e Ellis, 2015).

Neste método, não é exigido do participante aquilo que está além de suas possibilidades, a pesquisa se realiza a partir da ética da amizade (Tillman, 2015), onde a esperança, o carinho, a justiça, a generosidade, a solidariedade e a colaboração se fazem imperativos. Esta orientação se estende também ao relacionamento com o leitor das narrativas, naquilo que procura envolvê-lo não só intelectualmente, mas, sobretudo, esteticamente, emocionalmente, ética e politicamente.

Ao aliar pesquisa e escrita autobiográfica, a autoetnografia favorece a reflexividade, a troca de experiências e a conexão entre as pessoas. Neste tipo de abordagem, o processo de pesquisa ganha protagonismo sobre o produto, ou seja, o olhar do pesquisador se volta para a relação estabelecida com o participante, registrando e analisando passagens marcantes, momentos de virada, principais achados, dificuldades enfrentadas ao longo do percurso da pesquisa e as interferências mútuas na compreensão e transformação na história que vai sendo construída.

O enfoque da investigação é a análise das experiências individuais na compreensão de experiências socioculturais, por isso a ênfase no viés ético e político configurando-se como processo e ao mesmo tempo produto. Esta perspectiva pode ajudar as pessoas de dada comunidade a dar significado às suas próprias experiências, a dos outros e às histórias que as constituem, a partir de uma dinâmica emocional e interativa. O destaque está nas histórias narradas no lugar das teorias, ampliando a lente sobre o mundo e evitando definições rígidas (Ellis, Adams e Bochner, p.251/252, 2015). (...) as histórias que contamos nos permitem viver e viver melhor; histórias nos permitem viver de forma mais reflexiva, mais significativa, e mais justa (Adams, Ellis e Jones, 2015).

La autoetnografía es un enfoque de investigación y escritura que busca describir y analizar sistemáticamente la experiencia personal con el fin de comprender la experiencia cultural. Esta aproximación desafía las formas canónicas de hacer investigación y de representar a los otros, a la vez que considera a la investigación como un acto político, socialmente justo y socialmente consciente. Para hacer y escribir autoetnografía, el investigador aplica los principios de la autobiografía y de la etnografía. Así, como método, la autoetnografía es, a la vez, proceso y producto (Adams, Ellis e Bochner, 2015).

A construção de narrativas autoetnográficas pode, portanto, contribuir para dar visibilidade e institucionalidade aos processos subjetivos no exercício profissional, dando representatividade ao luto dos profissionais. Luto este que tende a ser mantido na invisibilidade, vetado e, por conseguinte, *não reconhecido* (Doka, 1989) ou não autorizado (Lindemann, 1995 [1979]).

De acordo com Chang e colaboradores (2013), a autoetnografia colaborativa é um instrumento importante para a exploração coletiva da subjetividade, pois proporciona uma partilha de poder mais horizontal entre pesquisador e participante, contribui para o enriquecimento no processo de pesquisa com uma aprendizagem mais profunda sobre o eu e o outro e auxilia na construção de soluções comunitárias aos impasses e desigualdades sociais.

Sublinhei o importante papel da autoetnografia enquanto metodologia que utiliza como ferramenta a narrativa verbal e a escrita de histórias, produzindo significações a partir da entrevista e da dinâmica emocional, interativa e relacional, de modo que a experiência do pesquisador agrega contexto e profundidade (Ellis, 2015). Assim, as entrevistas narrativas têm uma característica colaborativa, uma vez que a história emerge a partir da interação, troca e diálogo entre entrevistador e participante (Muyallert e col, 2014).

(...) Então, com o advento de uma seção da Associação Sociológica Americana chamada "Sociologia das Emoções", muitos sociólogos começaram a considerar as emoções uma arena adequada de pesquisa. No entanto, foi decepcionante ver muitos deles caírem na mesma armadilha que os sociólogos de "atores racionais", enquanto distribuíam pesquisas, contavam e previam emoções, observavam músculos faciais se contraindo em fitas de vídeo, categorizando pessoas e abstraindo da experiência vivida. Eu temia que a emoção corresse o risco de se tornar simplesmente outra variável a ser adicionada aos modelos racionais da vida social. E a emoção como experiência vivida e a interação? Prometi resistir à tendência racionalista de retratar as pessoas exclusivamente como cascas vazias, sem espírito, com emoções programadas, controladas, previsíveis e padronizadas (Ellis, 1995).

Desta forma, a prática colaborativa autoetnográfica tem como foco os momentos de partilha, onde é possível sentir com o outro, a partir das conexões estabelecidas com a sua história. Atrevo-me a denominá-la de uma prática solidária, visto tornar visível àquilo que costuma permanecer no recôndito das experiências e da alma, de tornar público o privado, e de permitir a construção de significados, não só no âmbito individual, como também coletivo. Trata-se, portanto, de uma prática relacional, pois além de nos colocar em contato com a experiência do outro, nos obriga a refletir acerca de nossa própria experiência. Assim, minha escolha por este método reflete a aposta no reconhecimento da subjetividade, dos afetos inerentes ao processo de investigação e da própria influência do pesquisador em sua pesquisa.

A autoetnografia é um dos enfoques que reconhece o lugar da subjetividade, da emoção e da influência do investigador em seu trabalho, em lugar de ocultar estas questões e pretender que não existam” (Ellis, Adams e Bochner, 2015, p. 252).

Como mostra Ellis (2013), a abordagem autoetnográfica não pode ser desvinculada da compaixão, da compreensão e do conhecimento, tendo a amizade como aspecto central da construção. Envolve, portanto, a priorização da relação entre pesquisador e participante, tendo em vista que o aprofundamento dos laços permite o enfrentamento de desafios, conflitos e perdas, convidando a uma ética do cuidado. O mais admirável nesta prática é o reconhecimento da experiência vivenciada pelo outro, a generosidade e compaixão que a sustentam, além da busca por produzir conhecimento e ação útil para àqueles com quem colaboramos.

Outrossim, pauto as razões de minha escolha pelo método etnográfico em alguns fundamentos apresentados por Ellis et al (2015), sejam eles:

- Para refletir criticamente, fazer contribuições para, e/ou estender a pesquisa e teoria existentes;

- Para abraçar a vulnerabilidade como uma maneira de compreender as emoções e melhorar a vida social;
- Para romper tabus, quebrar silêncios, e recuperar vozes perdidas e ignoradas;
- Para tornar a pesquisa acessível a vários públicos;
- Para incluir a dimensão subjetiva nos processos, ações e resultados do trabalho.

Na presente pesquisa, investi na proposta de que os profissionais possam contar suas próprias histórias no que se refere à perda no âmbito do trabalho, a partir das relações vinculares estabelecidas com o morador perdido; com os demais moradores da casa e/ou do segmento; com profissionais da equipe de segmento; com a equipe assistencial do CAPS; com familiares e, por fim, com o território e a rede de saúde. Tentei, ainda, refletir e significar o papel do luto no âmbito pessoal e do coletivo de trabalho, assim como as expectativas concernentes as relações estabelecidas, de modo à permitir a construção de conhecimento acerca da temática do luto dos profissionais dos SRT.

1.2 Desenho da Pesquisa

No próximo capítulo, com a apresentação e discussão das narrativas dos participantes, será possível perceber como a autoetnografia colaborativa está pautada no compartilhamento de experiências singulares vividas no cerne do luto profissional, possibilitando a realização de um estudo acadêmico que não desconsidera o campo social, poético, estético e empático. Como a narrativa que abre este capítulo permite ilustrar, este tipo de abordagem faz com que os interlocutores possam manter e sentir, em seus corpos e mentes, a complexidade relativa às experiências vivenciadas (Ellis, 2004).

Trata-se de um método de estudo de caráter descritivo e analítico, por meio da construção de narrativas conjuntamente aos profissionais que atuam nas RT, focando as experiências pessoais de luto e as vivências subjetivas que decorrem de seu atravessamento ou da impossibilidade de seu reconhecimento. São também recolhidas as dificuldades e

transformações que a elaboração desta vivência acarreta para os processos de trabalho destes profissionais.

Realizei oficinas coletivas para a construção de narrativas, de modo a descrever e analisar as experiências individuais, sem desconsiderar o contexto cultural e coletivo em que se situam, valorizando as histórias individuais e as memórias de vida a elas articuladas, de modo a fazer emergir valores, afetos e poderes em jogo.

A autoetnografia nos permite utilizar uma variedade de tipos de entrevista que vão desde histórias orais em que os indivíduos recontam experiências sociais, históricas e políticas e eventos de suas próprias perspectivas; a narrativas pessoais em que os participantes oferecem reflexões pessoais sobre uma identidade, evento ou experiência (Ellis, 2013).

Pretendo, além disso, abordar o meu percurso na escuta das narrativas dos profissionais entrevistados, em suas travessias no que se referem às próprias vivências no campo do luto nos SRT. Posso dizer que foram momentos permeados de emoção, tanto na esfera do compartilhamento oral das experiências vividas, como mediante a leitura das narrativas escritas por cada um dos participantes e compartilhadas coletivamente.

No decorrer dos encontros propostos, os profissionais puderam narrar algumas das histórias de perda e luto vividas no trabalho junto aos dispositivos residenciais, destacando a experiência que mais os impactou, assim como os efeitos em suas vidas e na continuidade do trabalho. Para alguns profissionais, a perda vivenciada no SRT foi o seu primeiro contato com a morte, para outros, a primeira experiência de perda significativa. Seja como for, o vínculo exerceu papel crucial no investimento - antes, durante e após o óbito - bem como na dor experimentada por cada um deles, o que, conforme Colin Parkes 2009 [1985], pode ser traduzido da seguinte maneira: *a dor é o preço que se paga pelo amor*.

Quanto aos critérios de inclusão:

1. Selecionei o segmento de SRT vinculado a um dos CAPS do município do Rio de Janeiro com o maior número de óbitos entre 2015 e 2018;
2. A princípio defini duas residências deste mesmo segmento com o maior número de óbitos no período estabelecido acima. Porém, após o contato inicial com o coordenador

da equipe, foi necessário redesenhar a amostra, a fim de incluir cuidadores de outras RT do mesmo segmento, pois alguns das RT definidas haviam se desligado dos ou estavam em outra residência do mesmo segmento. Além disso, foi avaliado conjuntamente (pesquisadora e coordenador) que esses profissionais poderiam vir a se beneficiar da participação, o que é compatível com a proposta metodológica, que tem como uma das proposições: contribuir para que os participantes da pesquisa possam dar sentido às suas experiências e as dos outros;

3. Incluí ainda uma acompanhante terapêutica que já havia se desligado do programa residencial, ponderando o seu pedido, balizado nas perdas vivenciadas no período em que trabalhou neste segmento;
4. Todos os profissionais foram eleitos tendo em vista as situações de perda e luto vividas no contexto deste trabalho e manifestaram interesse e disponibilidade em participar do estudo, concordando com os termos da pesquisa.

Elegemos um segmento de SRT vinculado a um dos CAPS do município, situado na RAPS Zona Norte, que acompanhava à época da pesquisa trinta e oito (38) moradores subdivididos em oito (8) Residências Terapêuticas na área de sua abrangência territorial, ou seja, área programática (AP) 3.2. Estas RT contam com quatro ou seis moradores em cada uma delas e estão definidas segundo o grau de complexidade: RT Tipo I⁹, sendo uma de baixa complexidade e duas de média complexidade e quatro RT Tipo II de alta complexidade.

Para a pesquisa, contei ainda com profissionais em SRT de todas as funções: coordenador, at, cuidador e técnico de enfermagem. Foram oito participantes do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 29 e 56 anos; e de 11 meses a 10 anos aproximadamente de tempo de trabalho em SRT.

Os três encontros aconteceram na sala da equipe de segmento do referido CAPS, com infraestrutura para a escrita e com direito a café e quitutes e tiveram aproximadamente três a quatro horas de duração cada um. O formato do encontro foi em roda de conversa, priorizando a horizontalidade entre pesquisador e participantes. O desenvolvimento das oficinas ocorreu

⁹ Detalharemos a questão da tipologia e complexidade nos SRT no segundo capítulo.

por meio das *entrevistas interativas* (Ellis, 2013).

Para fins dessas entrevistas, preparei algumas perguntas técnicas disparadoras, de modo a facilitar o relato e a troca das experiências envolvendo perda e luto no trabalho e as utilizei nos momentos em que foi necessário como, por exemplo, ao iniciar a conversa. Abaixo relaciono as perguntas:

- 1) Você poderia/gostaria de compartilhar conosco sua experiência nesta(s) situação envolvendo a morte do(s) morador(es) do SRT?
- 2) Como você se sentiu diante desta situação / questões a serem resolvidas, você poderia nos falar sobre isso?
- 3) Como foi retornar a RT após este acontecimento?
- 4) A equipe de segmento pôde conversar sobre suas impressões e/ou sentimentos diante da morte do morador?
- 5) E com a equipe assistencial de referência ao morador no CAPS, houve troca acerca desta situação, seja a morte do morador e seus desdobramentos?
- 6) E como foi o manejo com os demais moradores do SRT, durante e após a morte do companheiro de moradia?
- 7) Você gostaria de falar algo mais sobre essa perda?

Utilizei, ainda, o Diário de Campo /Etnográfico – ferramenta fundamentada na observação participante de Bronislaw Malinowski (1967) - para anotações acerca de minhas percepções e outros aspectos relevantes ao tema e, com a devida autorização, gravei o primeiro encontro.

No primeiro encontro, realizamos uma rodada de apresentações e, durante a minha apresentação, procurei distinguir o meu papel enquanto pesquisadora de minha função como assessora desses dispositivos, e busquei estar atenta a essa possível sobreposição durante todo o percurso das entrevistas narrativas. Na sequência, efetuamos conjuntamente e em voz alta a leitura comentada do TCC, esclarecendo possíveis dúvidas. Nesta ocasião, aproveitei para me colocar à disposição para conversas individuais, caso fossem necessárias. Esclareci ainda que as entrevistas seriam posteriormente transcritas e organizadas em uma narrativa elaborada pelo pesquisador e reapresentada aos participantes para os devidos ajustes. Informei ainda que haveria um momento em que os participantes poderiam escrever de próprio punho sua narrativa, apresentada em um primeiro momento oralmente.

Ao iniciamos as narrativas orais e com o propósito de aquecer a conversa, indaguei se gostariam de compartilhar suas experiências envolvendo a morte e/ou luto dos moradores nos SRT no qual trabalham e os sentimentos vivenciados nestas situações. As narrativas foram surgindo espontaneamente e com muita intensidade, demarcando desde os primeiros momentos a premência de espaços de fala/escuta e elaboração das questões inerentes às perdas vividas profissionalmente, como por exemplo: “*o trabalho é seu e nós é que temos nos beneficiado*”. Nesse dia, pactuamos ainda a escrita de uma narrativa pelos profissionais, uma vez haverem surgido várias histórias por parte de cada um e acordamos que poderiam escrever sobre a morte do morador que mais os impactou ou sobre as mortes consecutivas em uma mesma RT ou no segmento. Sendo assim, a maioria definiu, naquele momento, a situação que escreveria e uma pessoa ficou de amadurecer a proposta. Ficou combinado que as narrativas seriam entregues no próximo encontro.

A proposta era de que os encontros acontecessem com intervalo quinzenal. Porém, em decorrência das inúmeras demandas de trabalho, foi necessário flexibilizar esse prazo. O segundo encontro aconteceu aproximadamente um mês depois, quando trabalhamos com as narrativas escritas daqueles que conseguiram produzi-las e estavam presentes. Repactuamos que a entrega seria realizada por e-mail, por considerarem mais plausível, tanto para aqueles que ainda iriam escrever sua narrativa como para aqueles que optaram por aperfeiçoá-la. Foi um encontro muito interessante, pois puderam comparar as narrativas orais com a escrita, apercebendo-se de conteúdos que apareceram na narrativa oral, porém não na escrita. A dinâmica deste encontro foi, assim como no primeiro, muito produtiva, respeitosa e permeada por trocas, de modo que os participantes se ajudaram na composição de suas histórias, relembando detalhes importantes. Por fim, combinamos um terceiro encontro, ocasião em que eu faria uma devolutiva aos profissionais acerca de minha escuta de seus depoimentos para as devidas retificações, ratificações e outras considerações.

Para o terceiro encontro, compareci munida de uma síntese das histórias apresentadas oralmente e fizemos uma leitura comentada daquelas em que o autor estava presente. Mais uma vez, a colaboração foi a tônica, inclusive na construção textual. Recebi o *feedback* de que os encontros foram muito proveitosos e de que foi muito importante falar e organizar essas histórias de perda. Aproveitei o ensejo para esclarecer que o texto da dissertação não seria exatamente aquele que produzimos, mas o teria como base. Combinamos, ainda, um possível

retorno antes da defesa da dissertação, no caso de necessitarmos de algum novo dado para minha escrita.

Antes de realizar a audaciosa tarefa de tentar transmitir estas histórias que não costumam ser contadas, quando não silenciadas, gostaria de apresentar os participantes da pesquisa¹⁰ - agora personagens de nossa narrativa - para que seja possível abrir uma janela para a partilha de histórias reais, vividas por pessoas reais, no contexto de suas práticas de cuidado em saúde mental. Atrevo-me a dizer, muito embora as generalizações não sejam a proposta da pesquisa autoetnográfica, que qualquer semelhança NÃO é mera coincidência.

- **Graça (técnica de enfermagem)** narrou a história da perda de **Marcelo**, o qual acompanhou desde o seu processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico.
- **Shiva (cuidadora)** narrou os impactos da perda súbita e inesperada de **Ângela**.
- **Miriam (acompanhante terapêutica)** se referiu a outros óbitos vividos neste trabalho, porém também narrou a sua história sobre a perda de **Ângela**.
- **Ana (cuidadora)** referiu-se à vivência de pelo menos quatro óbitos, entre eles os de Carmem, Nilda e Viviam, detendo-se na narrativa sobre **Viviam**.
- **Irene (cuidadora)** assim como sua colega, nos conta acerca da morte de **Viviam**, além da de Neca.
- **Mariana (acompanhante terapêutica)** refere-se às **diversas perdas em uma mesma RT** e seus desdobramentos.
- **Carla (cuidadora)** relata as perdas de Filomena e Jéssica, porém destaca e narra a de **Rose** como a de maior desamparo.
- **Fabiana (acompanhante terapêutica)** também narra a perda da moradora **Rose** e suas repercussões.
- E a história de perda a qual **Álvaro (coordenador)** nos remete é a do morador **Zeca**. A despeito de não se recordar se este foi o primeiro morador a acompanhar o óbito, destaca como aquele que deixou marcas.

¹⁰ Para tal, utilizaremos nomes fictícios substituindo os nomes reais dos profissionais, assim como dos moradores das RT.

No capítulo 4, pretendo identificar, através dos relatos apresentados, os impactos da perda em torno das emoções manifestas (ou não) pelos profissionais e a existência ou não de espaços de compartilhamento destas emoções, com a devida consideração ao vínculo afetivo tão primordial as relações, inclusive de cuidado. Gostaria, ainda, de localizar se houve veto à emergência das emoções inerentes ao luto, que remete ao tabu da morte e ao luto “*não autorizado*” socialmente (Doka, 1989). Uma dor, portanto, não pranteada oriunda desta vinculação profissional-paciente.

Como testemunhas, os autoetnógrafos não só trabalham com outros para validar o sentido de sua dor, como também permitem que os participantes e os leitores se sintam validados e mais capazes de lidar e mudar suas circunstâncias (Ellis, Adams e Bochner, 2015, p.259).

No que tange a análise do conteúdo, emprego a interpretação narrativa (analítica)¹¹, uma vez que esta possibilita ao investigador se beneficiar da autoanálise e da análise coletiva e, ao grupo participante, da construção de significado a respeito do tema e das questões abordadas, através das:

- Inter-relações estabelecidas durante o processo;
- Auto investigação (criticamente dialógica);
- Escrita que favorece a auto reflexividade;
- Interpretação cultural sobre o fenômeno estudado.

Grosso modo, podemos dizer que a autoetnografia é um método que se sustenta e se equilibra em um “modelo triádico” (Chang, 2008) baseado em três orientações: a primeira seria uma orientação metodológica – cuja base é etnográfica e analítica; a segunda, por uma orientação cultural – cuja base é a interpretação: a) dos fatores vividos (a partir da memória), b) do aspecto relacional entre o pesquisador e os sujeitos (e objetos) da pesquisa e c) dos fenômenos sociais investigados; e por último, a orientação do conteúdo – cuja base é a autobiografia aliada a um caráter reflexivo. Isso evidencia que a reflexividade assume um papel muito importante no modelo de investigação autoetnográfico, haja vista que a reflexividade impõe a constante conscientização, avaliação e reavaliação feita pelo pesquisador da sua própria contribuição/influência/forma da pesquisa intersubjetiva e os resultados consequentes da sua investigação (Santos, 2017).

Para a análise, agrupei os temas que surgiram nas narrativas, fossem elas orais ou escritas, em seis temas centrais:

¹¹ Chang Fé, 2013.

1. RELAÇÃO DE APEGO (E SUA IMPORTÂNCIA MEDIANTE A PERDA)

- Vínculo / Afetividade
- Acompanhamento Desinstitucionalização
- Responsabilidade / investimento / implicação
- Projeto Terapêutico
- Cuidar em liberdade
- Evitar o adoecimento – UPA
- Medo de chamar a SAMU
- RT – novo mundo /paraíso / vida boa / curtir – estão preparados?
- Cuidados clínicos
- Doação, entrelaçar da vida, muito tempo de convivência e dedicação

2. TRÂMITES E INTERVENÇÕES NO PÓS-ÓBITO IMEDIATO

- Primeiros Socorros na RT
- Interlocução com a PM, delegacia, IML e funerária
- Lidar com a presença do corpo na casa
- Dificuldade de conseguir horário para o sepultamento
- Suporte pós-óbito aos demais moradores e familiares
- Exigências administrativas pós-óbito
- Quantidade de coisas para resolver / Volume de trabalho
- Comunicação Notícia Difícil (CMN)
- Ritual

3. REAÇÕES AO LUTO

- Sentimentos inerentes ao luto (frustração, tristeza, raiva, vazio, impotência, culpa, espanto, pesar)
- Sintomas físicos decorrentes da perda (cansaço, aumento da pressão arterial, exaustão, esgotamento)
- Culpa
- Necessidade de falar sobre a perda
- Dificuldade de chorar
- Lembrança da própria finitude
- Lembrança vivida de determinado comportamento do morador no cotidiano da RT

- Esquecimento dos procedimentos pós-óbito
- Lidar com a ausência
- Sensação de estar fazendo algo errado, de poder ter feito mais

4. REAÇÕES DE ENFRENTAMENTO

- Falta de tempo / espaço para viver a morte do morador / luto
- Retorno a RT após o óbito
- Carga de sofrimento significativa
- Reflexões silenciosas
- Necessidade de afastamento físico
- Espaços privados para lidar com o luto (terapia)
- Trauma
- Ocupação do recurso vago na RT – acostumar-se com a perda
- Ressignificação no cotidiano da casa
- Se inventar e reinventar
- Relatório – dificuldade em repetir tudo o que aconteceu
- Limites
- Óbitos sucessivos
- Solidão
- Questões subjetivas e de ordem prática parecem disputar espaço
- Piores óbitos
- Perda complicada
- Trabalhar em casa, finais de semana, abrir mão de compromissos
- Vivência do primeiro óbito

5. REAÇÕES SOCIAIS E INSTITUCIONAIS

- Veto social
- Desconfiança / acusação
- Falta de acolhimento
- Desconhecimento do trabalho
- Interlocação entre a equipe de segmento, com a equipe assistencial do CAPS, com a Atenção Primária e outros equipamentos de saúde

- Rede de cuidado frágil
- Número restrito de profissionais

6. CUIDADO ÀQUELE QUE CUIDA

- Supervisão
- Qualificação
- Espaço institucional de apoio
- Trabalhar a perda
- Vida e Morte – Finitude da Vida
- Escuta
- Acolhimento / Acolhida
- Construção / crescimento em equipe

1.3 Aspectos Éticos

Quanto aos aspectos éticos, presumi ser fundamental apresentar os principais pressupostos da pesquisa autoetnográfica, quais sejam (Santos, 2017; Ellis, 2013):

- Os investigadores não existem isoladamente;
- Os laços interpessoais com os participantes costumam ser valorizados e mantidos, o que torna a ética relacional mais complexa;
- Os autoetnógrafos normalmente não consideram os participantes como sujeitos impessoais, apenas para serem utilizados como “dados”, ao contrário, consideram os “preocupações relacionais” uma dimensão crucial da investigação, que deve, portanto, ser elemento prioritário durante todo o processo de pesquisa e de escrita;
- A investigação foca nas experiências individuais para a compreensão das experiências socioculturais, portanto, caracteriza-se como processo e ao mesmo tempo produto, tendo como foco principal produzir conhecimento e ação útil para àqueles que colaboraram conosco.

Ainda, no que diz respeito à constituição metodológica desta proposta de pesquisa qualitativa tomei como orientação as diretrizes apontadas pela Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 sobre a ética em pesquisa:

- Reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa;
- Respeito pelas pessoas – traduzido no tratamento dispensado aos participantes da pesquisa enquanto pessoas autônomas a darem ou não o seu consentimento quanto à participação na pesquisa. Assim como na consideração aos valores culturais, morais, sociais, religiosos, entre outros, dos participantes da pesquisa, em reverência à diversidade;

O termo de consentimento deve ser explicitado pelo pesquisador com o devido esclarecimento das dúvidas apresentadas, não só no momento da assinatura, mas no decorrer de todo o processo;

- Beneficência – o que significa que o trabalho deve garantir o bem-estar dos participantes, não produzindo danos e maximizando possíveis benefícios da pesquisa para participantes, incluindo-se a confidencialidade das informações, a privacidade dos participantes e a proteção de suas identidades. Com o compromisso de não criar, manter ou ampliar situações de risco ou vulnerabilidade, o que Ellis et al (2005) denominam como *ética das consequências*;
- Justiça – ou seja, trabalhar para garantir a distribuição justa dos benefícios da pesquisa. No caso brasileiro, a pesquisa não traz benefícios financeiros aos participantes, sendo esses benefícios exclusivamente de ordem imaterial, o que no caso desta pesquisa significa:
 - ✓ Conferir visibilidade ao luto dos profissionais nos Serviços Residenciais Terapêuticos;

- ✓ Indicar a necessidade de espaços coletivos de troca e compartilhamento sobre as questões inerentes ao luto do profissional.

- Respeito pela singularidade das narrativas - Desenvolver considerações quanto à busca de consenso, limitando assim os riscos e ampliando os benefícios, tendo como bússola a proteção aos participantes. Compreendo este ponto como tendo relação com uma atitude empática, que considera as histórias individuais, as divergências que possam existir entre elas e as possibilidades de cuidar coletivamente das diferentes significações.

Em termos mais gerais de ética e confidencialidade, no decorrer desta pesquisa, os participantes foram reasssegurados quanto à:

1. Participação Voluntária – Consentimento Informado, que não se resume a autorização por meio do TCLE, mas que persiste no decorrer do projeto de uma forma dinâmica e contínua, e em um contexto que é confortável e acessível;
2. Autonomia em deixar a pesquisa a qualquer momento;
3. Riscos de desconforto durante a pesquisa e acolhimento e suporte caso ocorra;
4. E ainda, cautela do pesquisador sobre aquilo que revela de sua própria autoetnografia durante o processo e para o público quando da redação da dissertação.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP através de parecer consubstanciado número 3.051.709, conforme CAAE 97919618.8.0000.5263 em 03 de Dezembro de 2018.

Segundo Ellis et al (2015), esta abordagem implica uma *ética relacional*, o que implica em cuidar, respeitar e fazer justiça aos participantes. A estratégia para que isto possa ser alcançado consiste no compartilhamento das recordações, notas de campo e textos desenvolvidos durante o processo, por meio de recursos adequados de proteção à privacidade dos participantes, priorizando o relacionamento. Além disso, o pesquisador deve se colocar de maneira disponível aos participantes e não fazer exigências inadequadas em termos temporais, emocionais e de recursos, cultivando a relação de modo apropriado e com disposição e maleabilidade para alterar os padrões de interação e manejar conflitos, de maneira a acomodar melhor as relações e produzir conforto. Deve, ainda, trabalhar a partir de casos específicos e

princípios norteadores, considerando a manutenção das relações ou o encerramento após a pesquisa, em conformação propícia aos bons encontros.

A autoetnografia é uma maneira de cuidar de si mesmo. Muitas vezes escrevemos para trabalhar em algo para nós mesmos, e quando o fazemos, devemos levar em conta a forma como cuidamos de nós mesmos, bem como a forma como experimentamos a tensão e os conflitos com os outros (Ellis, 2015).

DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. Não existe de um lado os que tem o poder e de outro aqueles que se encontram alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe; existe sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação (Machado, [1979] 2001, p. XIV)

2.1 Particularidades do processo de desinstitucionalização: a história Ari

Em determinada ocasião, quando coordenava os SRT vinculados a um dos CAPS da cidade, entregamos a chave da Residência Terapêutica para um dos moradores recém desospitalizado, então com 55 anos de idade, vividos desde o nascimento nas mais diferentes instituições de confinamento. É possível conceber isso: uma pessoa ter vivido toda a sua existência em instituições? Nunca haver tido uma casa até a segunda metade de sua vida? Pois é, muitas pessoas viveram histórias assim, infelizmente ainda reais, e para elas as diversas instituições totais (Goffman, 2007)¹² foram, de algum modo, o mais próximo que estiveram de uma casa. Portanto, estas instituições representam, queiramos ou não, algum vislumbre de amparo e segurança. E assim foi para este morador que denominaremos nestes escritos como Ari. Desde bebê até os 55 anos de idade, ele desconhecia a estabilidade de um lar seguro e de vínculos estáveis, tendo vivido primeiro em um lar assistencial religioso, depois por todas as escolas da FUNABEM, até iniciar sua carreira psiquiátrica ao atingir a maioridade. Agora, finalmente, pela primeira vez em sua vida, tinha uma casa.

Mas, o que faz de uma casa a casa de alguém? O que torna aquela estrutura em alvenaria, composta de utensílios e utilitários até então desconhecidos ou desprovidos de valor, em algo que se aproxime de um lar ou de algo que faça sentido para alguém?

Nos primeiros momentos da mudança de Ari para a RT, ele nos pedia insistentemente e com frequência para retornar ao hospital e algumas vezes, pela proximidade, enfiava todos os seus pertences em um saco de lixo preto, lançava mão de seu ventilador portátil - o qual se

¹² Este conceito será desenvolvido no segundo item deste capítulo.

tornou símbolo dessas idas e vindas - e retornava para a instituição psiquiátrica pedindo para dormir mesmo que no chão, caso não houvesse um leito vago. Ambas as equipes, do Instituto e do CAPS, precisaram somar forças para acolher e suportar sua angústia, primeiro oferecendo continência, como um ventre materno que aconchega, nutre e acalma, para posteriormente ir, gradualmente, demarcando um formato de limite a essa estadia, dando assim o contorno necessário para que vínculos de segurança, talvez inaugurais em sua trajetória, pudessem se construir, sustentar e se renovar a cada momento e situação difícil.

Às vezes me pego rindo sozinha, ao recordar da ocasião em que fora realizada uma filmagem sobre a representatividade da Bolsa Rio¹³ no cotidiano de vida dessas pessoas que passaram por processo de desinstitucionalização. Havia se passado um ano da desospitalização de Ari e de sua inserção e convivência em seu território, onde já circulava com bastante autonomia conhecendo e sendo reconhecido pelos comerciantes e afins. Nesta ocasião, Ari foi consultado quanto à participação na filmagem, ao que respondeu positivamente. No dia da filmagem, pôde então falar sobre os locais por onde circulava, onde almoçava nos finais de semana, a casa onde morava, sua relação com os demais moradores, além de sua namorada também moradora em outra RT. Ao ser indagado sobre o que gostaria de fazer dali em diante, para surpresa e frustração momentânea de todos, respondeu: *retornar ao hospital*.

Oras, mas por que me pego rindo à toa dessa situação deveras inusitada? Porque não é incomum depararmos-nos com essas respostas, com essas questões, com essas falas ambivalentes, e tomá-las como fato, sem análise cuidadosa e sem considerar a representatividade da instituição total e do próprio processo de institucionalização na vida das pessoas. Ou seja, não há como arrancar das pessoas aquilo que as constitui, pois para muitas, especialmente àquelas que só viveram em instituições, isso seja tudo o que possuem e que reconheçam como substrato de segurança, quase como uma grande mãe a assegurar proteção nos momentos de desamparo e ameaças. Isto não quer dizer que essa grande mãe seja suficientemente boa¹⁴. Do mesmo modo, a rua é, para muitas pessoas, o único lugar a acolhê-las e recebê-las em sua diferença e estranheza, por mais paradoxal que isso possa parecer.

¹³ A Bolsa-Rio é um recurso financeiro de apoio a ressocialização, exclusivo do Município do Rio de Janeiro.

¹⁴ A mãe suficientemente boa (Donald Winnicott, 1956/1978) é a mãe dedicada comum, ou seja, aquela que desenvolve um estado de “preocupação materna primária”, que lhe permite responder as necessidades do bebê, inicialmente corporais e gradualmente do ego. De outro modo, fornece o setting necessário ao desenvolvimento do bebê.

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento” (Goffman, 1961/2007).

Arrisco-me a pensar que, para Ari, durante anos, o hospício representou um lugar de proteção contra as exigências do mundo exterior. É como se essa instituição reproduzisse “*o aconchego mortífero do ventre materno ao qual esse alguém parece manter-se umbilicalmente, imaginariamente, ligado, e a quem, portanto, é preciso propiciar um nascimento, ou seja, cortar o cordão, o que é experimentado com dor, com medo*” (Palombini, 2004). Conforme Cury (2014) ressalta:

Para alguns pacientes psicóticos, que nele viveram durante longo período, não é possível realizar essa travessia desacompanhado. O desligamento é necessário, como do bebê à sua mãe via cordão umbilical, torna possível a experiência de estar vivo, de existir no mundo e se comunicar com outras existências. Mas é preciso que exista, se estabeleça, alguma relação para que isso possa acontecer. Não há transformação sem que haja um encontro potente (Cury, 2014).

Nesse sentido, haver delimitado para Ari que só poderia estar no hospital psiquiátrico como visitante foi fundamental. Poderia visitar os amigos quando quisesse e inclusive convidá-los à sua casa. A equipe pôde, junto com Ari, criar alternativas não só de inserção, mas de possibilidades outras de existência, como a oferta de circular pelas ruas arborizadas e locais do bairro, já que apreciava tanto caminhar, o que antes fazia apenas no espaço hospitalar. Nessas incursões, Ari, que nunca havia ido à praia, muito embora fosse carioca, pôde enfim conhecê-la. Foi um momento muito especial para ele e para toda a equipe. Guardo até hoje na memória, como uma foto, a imagem e reação de Ari ao pisar na areia e se aproximar do mar. Foi assim, com o cuidado ao jardim do seu prédio, a plantação de temperos em vasinhos na sua casa e o retorno aos estudos. Momentos esses tão banais para qualquer pessoa, mas inesquecíveis para Ari e a equipe que o acompanhava.

Entretanto, esse percurso não foi isento de dificuldades, como, por exemplo, acontecia de Ari evacuar na roupa e sujar as escadarias do prédio onde passou a residir, ou então deixar o banheiro do condomínio sujo. Também se esquecia de fechar as portas do prédio. Ademais, tudo o que de negativo acontecia no prédio, era atribuído a sua responsabilidade, pois se tratava de uma pessoa com transtorno mental. Assim, as queixas se multiplicaram, e a equipe precisou estar muito presente, conversando quase que cotidianamente com síndico, vizinhos, proprietária, zelador, e envolvendo Ari nesse processo. Foi necessário ainda mostrar, justificar, e muitas vezes provar que a responsabilidade era muitas vezes de outros moradores que não da

Residência Terapêutica. No entanto, em relação à responsabilidade que cabia a Ari, foi necessário manejo cuidadoso e minucioso, a começar pela sua implicação com aquilo que sujava e precisava ser limpo, ainda que com auxílio da equipe ou do zelador que, a essa altura, já se mostrava disponível. A amarração da parceria junto ao zelador, sem invadir seu campo de trabalho, passava por regar as plantas do jardim do prédio e outras tantas, tantas pequenas coisas que sustentam e constroem esse intercruzamento de fatores e acontecimentos, e que passaram a sustentar a permanência de Ari no prédio e nas intersecções da cidade, transformando a relação com a loucura e desconstruindo estigmas.

A entrega da chave da casa a Ari foi um momento especial em sua biografia, sua primeira casa e seu direito de ir e vir nela, tantas possibilidades a descortinar... Para isso, foi preciso que atravessássemos um longo percurso, ao qual denominamos desinstitucionalização, e que não é nada pronto e acabado. Trata-se de um processo que se dá a partir da arte do acompanhamento terapêutico construído a muitas e tantas mãos, onde cabe ao acompanhante terapêutico se fazer de interlocutor e porta-voz desse processo.

Assim, cabe ao at o movimento. Movimentar-se junto a, sentindo com. E assim possibilitar Acontecimentos: momentos em que algo constitutivo se dá, momentos em que se fundam novas possibilidades de ser e novos destinos (Possano, 2005, p.15).

Aos poucos Ari vai encontrando o seu lugar, ou melhor, construindo um lugar possível para si que não a alternativa única e totalizante do encarceramento em uma instituição, que não o lugar da exclusão por ter nascido pobre, pardo, e se constituir em uma modalidade “X” de sofrimento psíquico.

Importa dizer que, morar em uma Residência Terapêutica, pode ser uma etapa da vida e não a estação final, visto que a vida pode comportar muitas novidades, inventividades e transformações, e especialmente o desejo dos sujeitos envolvidos, de modo a que outras paisagens possam vir a se descortinar.

2.2 A institucionalização como exercício de poder

Em tempos atuais, onde certas experiências parecem tão pouco palpáveis, como falar em desinstitucionalização sem antes abordar o seu avesso? Obviamente não pretendo escrever um tratado sobre essa questão há muito circunscrita e debatida por grandes expoentes da história. Todavia, gostaria de situar minha narrativa a partir do contexto de seu surgimento, daquilo que deu impulso a desinstitucionalização em nosso país. Para tal compreensão, utilizo os conceitos de *instituição total* tal como definida por Goffman (1961) e de *microfísica do poder* de Foucault (2001).

Para Goffman, a instituição total pode ser uma residência ou o local de trabalho, o que a distingue é o fato de haver um grande número de pessoas em situações semelhantes e excluídas da sociedade por longo período de tempo. São pessoas que levam uma vida fechada e formalmente administrada, como, por exemplo, através de barreiras às relações sociais com o mundo externo e proibições de saída, haja vista os manicômios, as prisões e os conventos.

Segundo Goffman, as instituições totais subdividem-se em cinco grupos:

- (1) As instituições criadas para cuidar de pessoas consideradas incapazes e inofensivas, como os asilos para idosos e crianças e os abrigos;
- (2) Àquelas destinadas a cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que, além disso, representam uma ameaça à comunidade, ainda que não intencionalmente. Neste caso, ele cita os sanatórios para tuberculosos, leprosários e hospitais para doentes mentais;
- (3) No terceiro tipo de instituição total, encontram-se àquelas designadas a proteger as pessoas contra perigos intencionais, como, por exemplo, cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra e campos de concentração;
- (4) Instituições estabelecidas para a realização de determinadas tarefas de trabalho, sejam elas: quartéis, navios, escola internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões para aqueles que nelas trabalham e vivem;

- (5) Por último, os estabelecimentos que servem como refúgio do mundo e/ou instrução religiosa, como as abadias, mosteiros, conventos e outros claustros.

Goffman procurou deixar claro que nenhuma dessas instituições apresenta elementos específicos nem tampouco compartilhados por todas, distinguindo-se pelo fato de cada uma delas apresentar em grau intenso muitos dos atributos que caracterizam as instituições totais. De algum modo, esta perspectiva cria uma zona comum entre elas, mesmo com a existência de diferenças significativas.

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida (Goffman, 1961).

Alguns componentes comuns caracterizam as instituições totais (Goffman, 2006). Em primeiro lugar, o fato de todos os aspectos da vida serem realizados em um mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase de atividade diária é realizada por um grupo de pessoas, todas elas tratadas de forma homogênea e obrigadas a fazer as mesmas coisas conjuntamente. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias acontecem de acordo com horários rigorosamente previstos e estabelecidos, a fim de que uma tarefa termine no exato momento em que outra é iniciada, sem prejuízo a nenhuma delas, e sob a determinação de um grupo de funcionários a partir de regras formais pré-estabelecidas. Enfim, todas essas atividades obrigatórias pertencem a um planejamento racional único para atender aos objetivos institucionais.

Desta forma, as pessoas acabam por submeter o controle das suas necessidades humanas a essa organização burocrática, de onde decorrem diversas consequências, dentre elas: vigilância para que todos façam o que foi pré-determinado; divisão básica entre os que são controlados, que no caso são os internados, e aqueles que supervisionam; os que controlam tendem a se sentirem superiores e fortes em detrimento daqueles que são controlados; controle da comunicação entre os internados e a equipe dirigente; restrições às informações referentes ao próprio plano dos dirigentes para os internados; a relação com o trabalho possui uma significação especial e diferente do mundo externo, em que diferentes motivos e atitudes em relação a ele servem de subsídio ao planejamento daquilo que é considerado necessário pelos dirigentes, e do qual o internado não participa. O sujeito não possui, então, qualquer controle

acerca da jornada de trabalho, horário, honorário, ou sobre a possibilidade de experimentar a vida familiar.

As instituições totais são também incompatíveis com outro elemento decisivo de nossa sociedade – a família. A vida familiar é às vezes contrastada com a vida solitária, mas, na realidade o contraste mais adequado poderia ser feito com a vida em grupo, pois aqueles que comem e dormem no trabalho, com um grupo de companheiros de serviço, dificilmente podem manter uma existência doméstica significativa (Goffman, 1961).

Conforme foi sendo delineado por Goffman, um dos fatores primordiais à desconstrução das instituições totais é que as atividades da vida não aconteçam todas em um mesmo lugar. Este fator é extremamente importante quando abordamos a desinstitucionalização e a vida no cotidiano de uma RT. Destaco assim, algo que a princípio parece uma distinção simples e basal, mas que, no entanto, carrega toda uma carga histórica e pulsante: a necessidade de distinção entre o espaço de tratamento do CAPS e o espaço de moradia do SRT, ainda que haja uma dimensão clínica operando em cada um deles.

Foucault portava algumas críticas ao conceito desenvolvido por Goffman, por asseverar que o sistema disciplinar é muito mais um tipo de racionalidade do que uma instituição total. Dissertava que o problema do poder disciplinar não é simplesmente institucional, mas passa pelo reconhecimento de um conjunto de dispositivos, de mecanismos, de técnicas presentes de forma capilar em toda uma sociedade (Miranda, 2017).

Em seu estudo, Roberto Machado ([1979] 2004) discorre acerca daquilo que Foucault denomina como microfísica do poder, um deslocamento tanto do espaço de análise quanto do nível em que esta se efetua em termos de controle detalhado e minucioso dos corpos, gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos.

Para Foucault, os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social, funcionando como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, não existindo exterior possível, limites ou fronteiras. Portanto, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade que se possui ou não, não existindo de um lado aqueles que tem poder e de outro aqueles que não possuem. O que existe são práticas ou relações de poder, sendo assim, o poder é algo que se exerce e funciona como uma

maquinaria que se dissemina por toda a estrutura social. As próprias lutas contra o seu exercício não podem então ser feitas de fora, uma vez que nada está isento de poder.

Não se explica inteiramente o poder quando se procura caracterizá-lo por sua função repressiva. O que lhe interessa basicamente não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades (Machado¹⁵, [1979] 2004, p. XIV).

Foucault intitulou a este tipo de poder como disciplinar ou disciplina, pois ele não atua no exterior, mas no corpo dos homens manipulando-os. Fabrica, portanto, um tipo de homem essencial para a sociedade capitalista, utilizando-o economicamente por meio da dominação política.

Em suma, o poder disciplinar não destrói o indivíduo: ao contrário, ele o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, que é por ele anulado; é um de seus mais importantes efeitos (Machado, [1979] 2004, p. XX).

As características básicas do poder disciplinar são elencadas da seguinte maneira - sendo a primeira a de menor importância, visto o poder disciplinar não precisar de um lugar específico para operar:

- (1) Primeiramente, a disciplina é um tipo de organização do espaço que funciona por meio da distribuição dos corpos em determinado espaço. Espaço que é único, classificatório e combinatório, e opera através do isolamento em um local fechado, excessiva e minuciosamente classificado e hierarquizado;
- (2) Fundamentalmente, a disciplina é o controle do tempo, portanto estabelece uma sujeição do corpo no tempo com o objetivo de produzir mais eficazmente e com maior rapidez;
- (3) A vigilância é um dos seus principais instrumentos de controle e se expressa e exerce de forma perpétua, continua e permanentemente, não havendo limites, de modo que penetra nos lugares mais recônditos e em toda a extensão do espaço.

¹⁵ Introdução à Microfísica do Poder de Michael Foucault.

(...) não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; mas ter bem presente que o poder – desde que não seja considerado de muito longe – não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. Não se trata de conceber o indivíduo como uma espécie de núcleo elementar, átomo primitivo, matéria múltipla e inerte que o poder golpearia e sobre o qual se aplicaria, submetendo os indivíduos ou estraçalhando-os. Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos de poder. Ou seja, o indivíduo não é o outro do poder: é um de seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constitui (Foucault, 2001 [16ª ed.], p.103)

O que pretendo delinear aqui, tomando por base as experiências de institucionalização e desinstitucionalização, é que as instituições totais são comprovadamente perniciosas ao indivíduo, sendo seus danos irreparáveis marcados inclusive como iatrogenia, perda dos laços familiares e sociais, anulação da subjetividade, perda da identidade, entre outros. O Movimento de Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica¹⁶ tornou isto visível ao mundo, criando estratégias de desconstrução deste modelo asilar e substituindo-o por equipamentos de cunho territorial. Visando-se, entre outras coisas, a manutenção e extensão dos laços afetivos, não expropriando dos sujeitos, pelo contrário, tornando possíveis múltiplas e diferentes maneiras de exercício da cidadania.

Entretanto, cabe-nos refletir e apurar que o poder disciplinar não está localizado somente nos manicômios, apesar de também estar lá, mas, como mostrou Foucault, como algo que circula e funciona em cadeia. Neste aspecto, todos nós, de algum modo, somos agentes do poder, e podemos exercê-lo de modo vertical / hierarquizado ou horizontalmente, por meio do compartilhamento, respeito às diferenças e à singularidade de cada sujeito e situação.

Esta deve ser a tônica da desinstitucionalização e ao mesmo tempo o principal alerta que precisamos ter em nossas práticas, o cuidado para não exercer o poder de modo a sobrepujar,

¹⁶ Abordaremos minuciosamente no próximo item

subjugar e anular o outro, destinando-o a objeto de nossas ações e discursos. Seja no cuidado aos usuários-moradores, seja no cuidado àquele que cuida e que reproduzirá em escala, a crueldade da qual foi objeto. Alerta que acende a luz amarela em nossas práticas de trabalho junto aos Serviços Residenciais Terapêuticos, em que a dominação, o controle dos corpos, enfim, o modelo disciplinar hegemônico vive as espreitas de se manifestar.

Não se trata, de modo algum, de incumbência simples, mas decerto exige outros olhares a partir da Reforma Psiquiátrica e o que se construiu e avançou a partir dela. O que chamamos de liberdade, autonomia e/ou protagonismo não está isento aos efeitos das relações de poder, pelo contrário, é em seu interior que se processam essas relações. A institucionalização enquanto exercício de poder pode assim se manifestar não só nas instituições totais, embora certamente nelas, como também naquelas ditas substitutivas. Temos muito trabalho à frente, seguindo a autorreflexão sobre nossos saberes e discursos.

2.3 Breve panorama histórico sobre o processo de Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização

Neste item, apresento um breve panorama sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana, destacando a Desinstitucionalização nos idos dos anos 1960 e 70, solo sobre o qual repousa nosso arcabouço conceitual, político e agenciador da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Na sequência, abordo o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira até a contemporaneidade.

Franco Rotelli et al (2001/2006), em seu ensaio sobre a Desinstitucionalização, analisa a experiência italiana, tendo por foco Gorizia nos anos 60 e Trieste nos anos 70, como a única da Europa a abolir a internação em hospital psiquiátrico do conjunto de prestações de serviços em saúde mental. Contrapõe, assim, as demais experiências Europeias, assim como a Norte Americana, nas quais a desinstitucionalização foi reduzida a desospitalização, o que ocasionou em sua derrocada.

As razões do fracasso das experiências nos EUA e na Europa refere-se ao fato da desinstitucionalização ter se transformado em desospitalização, ou seja, na prática o que ocorreu foi a reforma da psiquiatria (*Psiquiatria Reformada*) em sua capacidade terapêutica, através da dita “humanização dos hospitais psiquiátricos. Segundo Rotelli, a desospitalização sequer

abalou alguns países industrializados, como foi o caso do Japão, pelo contrário, houve aumento significativo das internações psiquiátricas neste período.

Por desospitalização compreende-se, portanto, a política de altas hospitalares com redução de leitos (gradual ou abruptamente) ou mesmo de hospitais psiquiátricos inteiros, isto é, a simples desinternação sem qualquer planejamento sanitário substitutivo e responsável. Como Rotelli (2001/2006) esclarece, a função dessa política foi redimensionar o próprio *Welfare* - estado de bem-estar social de ordem neoliberal - atendendo superficialmente a vontade de mudança expressa naquele período e com o objetivo de aumentar a autocrítica dos reformadores. Ele ressalta que, *na experiência italiana, a desinstitucionalização não foi entendida nos termos redutivos de uma perspectiva “abolicionista” do tipo político radical, como também nunca se identificou com a desospitalização.*

Os principais componentes do processo de desinstitucionalização italiana são:

- (1) Crítica ao paradigma problema-solução como normalmente aplicado em psiquiatria, em que se persegue a solução racional da normalidade plenamente restabelecida. O que, em absoluto, significa renunciar a tratar e cuidar. (...) *se transformam os modos como as pessoas são tratadas para transformar o sofrimento. (...)E o objeto deixa de ser a “doença” torna-se “a existência-sofrimento dos pacientes” e sua relação com o corpo social;*
- (2) Desinstitucionalização vista como um processo social complexo, que tende a mobilizar como atores, todos os sujeitos envolvidos no processo. Transformar as relações de poder entre pacientes e instituições, possibilitando o surgimento de estruturas de saúde mental substitutas ao hospital psiquiátrico. Por isso, conforme Rotelli et al, trata-se de um processo homeopático que usa as energias da própria instituição para desmontá-la, ou seja, as transformações são produzidas de dentro;
- (3) Análise da Lei da Reforma (Lei 180 de 1978), que surge no interior desse processo e as características necessárias a sua implementação, como fator preponderante a reafirmação do processo social de desinstitucionalização. A lei

de fato promove a mudança progressiva no estatuto jurídico do paciente a partir do restabelecimento de seus direitos civis.

O processo de desinstitucionalização produz mudanças nas relações interpessoais e na abordagem do mundo psicopatológico, caracterizando-se por três aspectos fundamentais na desmontagem do aparato manicomial:

- (1) A construção de uma nova política de saúde mental através da base e do interior das estruturas institucionais e da mobilização e participação, conflituosa (daí o aspecto democrático), de todos os entes interessados;
- (2) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a experiência global, complexa e concreta dos pacientes, transformando as relações de poder, de modo que o paciente passa do estatuto de objeto para sujeito ativo. A palavra de ordem é: *do manicômio, lugar zero de intercâmbios sociais, à multiplicidade externa das relações sociais*;
- (3) A construção de estruturas externas totalmente substitutivas da internação no manicômio, uma vez nascerem do seu interior, de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos ali depositados.

Se trata de pensar que “a liberdade é terapêutica”, cada ato em liberdade pode ser terapêutico, se trata de desinstituir a doença como experiência que não é separável da existência, trata-se de valorizar, mais que o sintoma (sobre o qual se constrói a instituição), o conjunto de recursos positivos do serviço e da demanda (Rotelli et al, 2001/2006).

Toda essa transformação paradigmática desencadeada pelo processo de desinstitucionalização italiano convoca, portanto, à transformação no âmbito profissional:

- (1) Não se visa mais eliminar a dimensão afetiva presente na relação terapêutica, ao contrário, se valoriza esta dimensão;
- (2) A práxis anteriormente consolidada de separar a relação médico-paciente do contexto mais amplo é substituída por cada instrumento que possa contextualizá-la;
- (3) A presença de figuras não profissionais passa a ser vista como elemento crítico e desinstitucionalizante do serviço, e não mais como ameaça;

- (4) A rigidez das regras de funcionamento do serviço ordenado é modificada para a dinâmica das trocas sociais e terapêuticas;
- (5) Os espaços sanitários habitualmente bem separados e isolados do mundo social são abertos ao bairro e "atravessados" pelas pessoas;
- (6) A relação de desinstitucionalização passa a requerer a relação com um "território" em detrimento da relação com "a doença", que tem como referência um hospital;
- (7) Ademais não se desinstitucionaliza dividindo os agudos dos crônicos, pois assim se continuaria utilizando o parâmetro "de doença" e, portanto, constituindo áreas de fragmentação e dessa forma reconstruindo cronicidade e tornando ineficaz o serviço, mas assumindo a demanda como uma totalidade indivisível.

Por tudo isso pode-se enfatizar que a desinstitucionalização como entendida em Trieste é exatamente o oposto de toda prática de abandono. Hoje, todos os recursos econômicos e humanos que em 1971 eram absorvidos por um grande hospital psiquiátrico são utilizados na comunidade e pela comunidade (Rotelli et al, 2001/2006).

Finalmente, Rotelli et al (2001/2006) afirmam caracterizar-se o processo de desinstitucionalização também como lei que não se efetiva somente com a sua aprovação, prosseguindo com sua implantação. No caso da experiência italiana, a partir da Lei 180 da Reforma Psiquiátrica, sancionaram-se as seguintes inovações:

- a) A proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes internados, estabelecendo-se os períodos para um gradual processo de alta;
- b) Os serviços territoriais tornaram-se responsáveis pela saúde mental de determinada população e passaram a coordenar o conjunto de estruturas necessárias;
- c) Foi abolido o estatuto de periculosidade social do doente mental, as tutelas jurídicas, a internação coagida e o tratamento coagido; *o doente mental é um cidadão para todos os efeitos, com os respectivos direitos civis e sociais, incluindo o direito ao tratamento.*

Desta forma, o processo de desinstitucionalização é, antes de tudo, a ruptura com o paradigma fundante das instituições da ordem causal para a reconstrução da complexidade do

objeto. (...) a ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente (Rotelli et al, 2001/2006). Por conseguinte, não opera com o paradigma da cura, que em outros termos refere-se a vida produtiva, mas a produção de vida, no qual o principal objetivo é transformar as relações de poder estabelecidas entre as instituições e os sujeitos, primeiramente os pacientes.

(...) o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global” complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (principalmente a “instituição”), todos referidos à “doença”. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalização) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes. Enquanto “existência” doente (Rotelli et al, 2001/2006).

Logo, é neste cenário e sob a influência da experiência italiana, que se inicia a Reforma Psiquiátrica Brasileira nos anos 70, no bojo da Reforma Sanitária e dos movimentos de combate ao autoritarismo perpetrado pelo Estado, da ineficiência da assistência pública prestada somada ao caráter privatista da saúde. Tem como objetivo a transformação dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde; a defesa da saúde coletiva; a equidade na oferta dos serviços; o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde; e nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Foi adquirindo vida própria na superação do modelo manicomial centrado nos hospitais psiquiátricos.

Foram sobretudo os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados. O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar deixa-se ver, por exemplo, no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970 (Resende, 1987, p. 61). Anos depois, esses números se multiplicariam, mantendo porém uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (Alves, 1999 apud Tenório, 2002).

O ano de 1978 foi o marco da Reforma Psiquiátrica em nosso país, com o início dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Destaca-se, nesse processo, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se caracterizou como movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Sendo assim, a década de 1980 foi marcada por intensa movimentação:

- Em 1987 em Bauru / SP aconteceu o II Congresso Nacional do MTSM com o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”; e a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro;
- Em 1987, surgiu ainda o primeiro CAPS na cidade de São Paulo – o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira;
- Em 1989, teve início o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) na Casa de Saúde Anchieta com 40 anos de existência, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Intervenção de expressão nacional acerca das possibilidades concretas de construção de uma rede de cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos;
- Neste mesmo período, foram implantados no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, e foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (Brasil, 2005).

- No ano de 1989, iniciou-se no Congresso Nacional a tramitação do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) ou Lei Paulo Delgado - como ficou conhecida – que, após passar por 12 anos de intenso debate no Congresso, foi finalmente aprovada em 2001. A aprovação é de um substitutivo do Projeto de Lei original e traz modificações importantes em seu texto. A lei regulamenta os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, delineando o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo;
- Com a Constituição de 1988 foi criado o SUS – Sistema Único de Saúde – modelo estruturante da afirmação de direitos em saúde extensivo a todos os cidadãos brasileiros e referência mundial - formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e

municipal, sob o poder do controle social exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil. 2005).

Na década de 1990, vários estados brasileiros conseguiram aprovar as primeiras leis sobre a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental; a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começou a ganhar contornos mais definidos; foi firmado pelo Brasil compromisso na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental; e entraram em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária do tipo: CAPS, NAPS e Hospitais-dia; assim como a normatização para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Um marco fundamental à Reforma Psiquiátrica foi a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde e aprovada no dia 14 de novembro de 1990, com a participação de organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas.

A Declaração de Caracas (1990) demarcou a necessidade de reformas na atenção à saúde mental nas Américas, posicionando-se contrária a assistência psiquiátrica convencional por não permitir alcançar objetivos compatíveis com o atendimento de base comunitária, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo. Mostrou ainda que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede de alcançar estes objetivos, uma vez que:

- a) Isola o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
- b) Cria condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;

- c) Requer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados aos serviços de saúde mental;
- d) Fornece ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Porém, a Declaração não se deteve na crítica ao modelo hospitalocêntrico, ressaltando o Atendimento Primário de Saúde como a estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde visando alcançar a meta de *Saúde Para Todos*, no ano 2000. Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois ofereciam melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva. Cabendo, portanto, aos programas de saúde mental e psiquiatria adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

Foram ainda pontos de destaque:

- 1) A reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde como promotor de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes;
- 2) A reestruturação da assistência psiquiátrica na região implicando em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
- 3) Os recursos, cuidados e tratamentos dados deveriam salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; estarem baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; e propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário;
- 4) As legislações dos países deveriam ajustar-se de modo a assegurarem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; promovendo a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantissem o seu cumprimento;

- 5) A capacitação dos recursos humanos em saúde mental e psiquiatria deveria ser feito tendo como eixo o serviço de saúde comunitária e a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
- 6) As organizações, associações e demais participantes da Conferência deveriam se comprometer solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas para a reestruturação da assistência psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

No ano de 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental que, somando-se a promulgação da Lei 10216, concedeu maior impulso à política de saúde mental pelo governo federal, consolidando a Reforma Psiquiátrica como política de governo e conferindo-lhe maior sustentação e visibilidade. A conferência reuniu cerca de 23.000 pessoas nas etapas municipal e estadual, com destaque para a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e de seus familiares; e a etapa nacional contou com 1.480 delegados entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde. Foi uma mobilização coletiva de extrema potência e alcance.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”¹⁷. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos (Brasil, 2005).

Algumas medidas foram, então, tomando corporeidade na efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira:

¹⁷ O Programa De Volta Para Casa do Ministério da Saúde, regulamentado pela Lei nº 10.708 de 31/07/2003¹⁷, tem como meta conceder auxílio financeiro no valor de R\$ 412,00 para pacientes egressos de internação psiquiátrica de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos ou de Custódia, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar.

1. Redução Programada e Progressiva de leitos psiquiátricos (42.076 leitos psiquiátricos em 2005, 58% conveniados) com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação, o que ganhou grande impulso em 2002 a partir das normatizações do Ministério da Saúde que instituíram mecanismos claros, eficazes e seguros para sua redução nos macro hospitais;

(...) configuram-se como estados de grande tradição hospitalar e alta concentração de leitos de psiquiatria, os estados da Bahia e Pernambuco (na Região Nordeste do Brasil), Goiás (no Centro-Oeste), Paraná (na região Sul) e São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (na região Sudeste). A região Sudeste, como grande centro histórico de desenvolvimento do país, sedia cerca de 60% dos leitos de psiquiatria no país (Brasil, 2005).

A redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o incremento dos serviços extra hospitalares foram aprovados em 2004 pelo Ministério da Saúde através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), cuja principal estratégia consistiu na redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro hospitais (acima de 600 leitos, muitas vezes hospitais-cidade, com mais de mil leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Além disso, foram definidos os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada uma dessas classes de hospitais, sendo assim todos os hospitais com mais de 200 leitos deveriam reduzir no mínimo 40 leitos/ano; os hospitais entre 320 e 440 leitos poderiam reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40); e aqueles com mais de 440 leitos poderiam reduzir no máximo 120 leitos ao ano.

Na mesma direção estratégica, o programa recompôs as diárias hospitalares em psiquiatria, passando a vigorar diárias hospitalares compostas e diferenciadas para os hospitais, levando-se em conta o seu porte (classe), a qualidade do atendimento avaliada anualmente pelo PNASH/Psiquiatria e a redução de leitos efetivada. Desta forma, são melhor remunerados pelo SUS os hospitais que reduzem leitos e que melhoram a qualidade de atendimento, aferida pelo PNASH/Psiquiatria.

2. A avaliação anual dos hospitais psiquiátricos através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) instituído em 2002 pelo Ministério da Saúde. O PNASH/Psiquiatria permitiu aos gestores o diagnóstico da qualidade da assistência nos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos; a indicação de critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do

SUS; e o descredenciamento daqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita. É importante ressaltar que até o ano de 2002 no Brasil, não existia tradição de controle e avaliação anterior ao PNASH-Psiquiatria, primeiro processo avaliativo sistemático e anual dos hospitais psiquiátricos, e realizado por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo.

3. Surgimento das Residências Terapêuticas, as quais serão abordadas mais adiante;
4. Criação do Programa de Volta para Casa (PVC) – Lei 10.708 - encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003. Esta proposta de lei foi formulada em 1992 com o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos seus beneficiários, pacientes egressos de internação em hospital psiquiátrico ou de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. O PVC prevê o pagamento do auxílio-reabilitação¹⁸ diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal por meio de cartão magnético do banco, com o qual pode sacar e movimentar mensalmente esses recursos. *O município de residência do beneficiário deve, para habilitar-se ao Programa, ter assegurada uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de dar uma resposta efetiva às demandas de saúde mental.*

Em 2016, houve a ampliação do PVC por período ininterrupto igual ou superior a dois anos, independente do ano de ingresso na internação¹⁹, divulgada através de uma Nota Informativa do Ministério da Saúde:

Dessa forma, esta Coordenação reconhece a necessidade de se viabilizar o acesso ao Programa “De Volta Para Casa”, previsto na Lei nº 10.708/2003, a todas as pessoas desinstitucionalizadas que cumprirem os pré-requisitos estabelecidos pela Lei nº 10.708/2003 e pela Portaria GM/MS nº 2.077/2003, independente do ano de início da internação (Nota Informativa do MS, julho de 2016).

¹⁸ Benefício fixado no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) à época, podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária. Atualmente o valor é de R\$ 412,00 (quatrocentos e doze reais).

¹⁹ Quando da criação da Lei o benefício estava restrito àqueles com tempo de internação por período igual ou superior a dois anos até a data da publicação da lei.

De acordo com Delgado (2011), a Lei 10.216 de 2001 foi a primeira lei de desospitalização e desmanicomialização em discussão no parlamento latino-americano, com extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e com a regulamentação da internação compulsória.

Mas essa ideia de um hospital fechado que encerra, estigmatiza, isola, não tem mais razão de ser. Só a reforma detém a má fé dos que utilizam o dispositivo psiquiátrico por razões não psiquiátricas para internar desprotegidos indesejáveis ou fazer poderosos inimputáveis. Nem todos os problemas humanos são psiquiatrizáveis ou psicologizáveis. A humanização do tratamento do doente mental não convive com o tratamento psiquiátrico sem necessidade. Nem produz lei médico-social para competir com a prerrogativa das organizações e instituições de caráter social. A reforma tem forte sentido cultural, mas essencialmente tem sustentação técnica e científica, e na evolução da medicina compreendida socialmente (Delgado, 2011).

Os princípios do SUS norteiam a Reforma Psiquiátrica, sejam eles: a universalidade do acesso, a equidade no acesso, a descentralização territorial, a integralidade dos serviços e dos dispositivos, o controle social.

O sentido mais profundo da Lei nº 10.216 de 2001 é o cuidado. Como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmero, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargo, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher. Cuidado é o princípio que norteia essa lei. Evoluir a clínica, fazer do intratável o tratável. É essencial o apoio social e familiar que influencie comportamentos, mude hábitos, confronte preconceitos, classificações, nosologia, catálogos de interdições. Dedicada a cidadãos enfermos vistos como sem vontade, liberdade, autonomia porque foram colhidos pelo mal de viver. Não é a doença mental que a lei questiona, mas a maneira de tratá-la. A sociedade cria e recria normas para definir o que rejeita e o que consagra. Faz-se progressista na área de saúde mais por atitudes de bons profissionais, do que por atos de rotina médica. Assim, inscrever o doente mental na história da saúde pública é aumentar sua aceitação social, diminuir o estigma da periculosidade e incapacidade civil absoluta e contribuir para elevar o padrão de civilidade da vida cotidiana (Delgado, 2011).

Assim sendo, *a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica* (Brasil, 2015) e, para todo o cuidado em saúde, visando à garantia e sustentabilidade dos princípios do SUS na atenção à saúde da população. Dito isto, vou me ater na constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a conceituação de rede segundo a Portaria, suas características e eixos norteadores. Trata-se de marco legal estratégico à reafirmação do SUS e, deste modo, da Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidado em uma normativa legal única que de algum modo congrega as legislações anteriores, assim como os avanços nas práticas de cuidado.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo as diretrizes para a organização da atenção e da gestão do SUS. O documento, em seu conteúdo, visa, sobretudo, superar o cenário de intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, caracterizado por:

1. Lacunas assistenciais importantes;
2. Subfinanciamento e conseqüentemente baixa resolutividade no emprego dos recursos, o que reduz a capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;
3. Disparidade entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, o que torna inviável o acompanhamento - baseado epidemiologicamente - na tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;
4. Fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública;
5. Pulverização dos serviços nos municípios;
6. Inserção insuficiente da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

A solução proposta, mediante os desafios elencados, foi a de inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da rede, para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população, através da superação dos desafios e avanço na qualificação da atenção e da gestão do SUS. Esta decisão envolve aspectos técnicos, éticos, e culturais, e implica especialmente no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do sistema, visando garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

O Pacto pela Saúde, acordo firmado entre os gestores do SUS na busca por maior integração, ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de rede, a fim de garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade propostos pelo SUS, contemplando três dimensões:

1. Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

2. Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS;
3. Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde.

Dito isto, apresento a definição de RAS (2010), seu objetivo e características:

RAS **definida**²⁰ como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O **objetivo** da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

A partir da Portaria nº 4.279/2010, que regulamentou a RAS, foram discutidas e pactuadas cinco Redes (temáticas) de Atenção à Saúde:

1. Rede Cegonha.
2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
3. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**²¹.
4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.
5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, teve como objetivo a criação, a ampliação e articulação dos pontos de atenção em saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Visa, portanto, reassegurar o acesso e a promoção de direitos às pessoas com

²⁰ Os grifos são meus

²¹ Os grifos são meus

acometimentos mentais, pautada na convivência comunitária e no respeito à dignidade humana, de acordo com o estabelecido pela Lei nº 10.216/2001, que conforme já dito anteriormente, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

No Município do Rio de Janeiro, a RAPS se subdivide em três regiões:

- Rede de Atenção Psicossocial Centro-Sul (RAPS Centro-Sul), que abrange as Áreas de Planejamento (AP) 1.0, 2.1 e 2.2.
- Rede de Atenção Psicossocial Zona Norte (RAPS Zona Norte), que abrange as Áreas de Planejamento 3.1, 3.2 e 3.3.
- Rede de Atenção Psicossocial Zona Oeste (RAPS Zona Oeste), que abrange as Áreas de Planejamento 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3.

O modelo adotado pela RAPS sustenta e confirma o disposto pela Lei 10.216 acerca do tratamento dos agravos mentais e promoção da cidadania dos usuários em direção a uma vida proativa e participativa nas comunidades, ampliando e promovendo o acesso aos pontos de atenção em saúde. Para que isso se realize, a estrutura operacional da RAPS deve envolver diferentes componentes e serviços no desempenho de funções complementares no cuidado integral, em diferentes níveis de complexidade, com destaque para os serviços substitutivos ao modelo asilar e estratégias de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização.

A RAPS conta com sete componentes, a saber:

1. Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde, NASF e Consultórios na Rua;
2. **Atenção Psicossocial Especializada**²²: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas;
3. Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Portas Hospitalares;

²² Os grifos são meus

4. Atenção Residencial de Caráter Transitório: Serviços de Atenção em Regime Residencial;
5. Atenção Hospitalar: Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais; Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospital dia;
6. **Estratégias de Desinstitucionalização:** Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
7. Reabilitação Psicossocial.

Para fins desta dissertação, me deterei no segundo e sexto componente da RAPS, ou seja, os serviços substitutivos compostos pelos CAPS e SRT.

Os CAPS destinam-se ao tratamento territorial especializado em saúde mental para reinserção psicossocial de pessoas com transtorno mental severo e persistente, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, constituindo-se nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos de acordo com a complexidade e abrangência populacional, conforme segue abaixo (Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002):

- CAPS I - serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Quanto a equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: 01 (um) médico com formação em saúde mental; 01 (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
- CAPS II - serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com funcionamento no período de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da

semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

- CAPS III - serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação, sendo que a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: 2 (dois) médicos psiquiatras; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos

de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

- CAPS i II - serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos.
- CAPS ad II - serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, e manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Em linhas gerais, os CAPS realizam:

- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- Visitas e atendimentos domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- E no caso dos CAPS III, acolhimento noturno nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação.

No município do Rio de Janeiro, os CAPS além de responsáveis pelo tratamento em saúde mental, respondem ainda pela gestão local ou territorial dos Serviços Residenciais Terapêuticos a ele vinculados.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são compostos por casas ou apartamentos inseridos, preferencialmente, na comunidade e destinados à moradia dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social. São caracterizados em Tipo I e II de acordo com as

necessidades específicas e a complexidade de cuidado dos moradores em cada Serviço Residencial. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. (Portaria/GM 106 de 11/02/2000 e Portaria/GM 3.090, de 23/12/2011):

- As Residências Terapêuticas (RT) Tipo I destinadas para no mínimo 4 (quatro) e no máximo 8 (oito) moradores inicialmente, e até 10 (dez) moradores no máximo a partir da Portaria nº 3.588, DE 21 de dezembro de 2017, o acompanhamento deve estar calcado no suporte à inclusão social e a inserção na vida comunitária.
- As RT Tipo II destinam-se para no mínimo 4 (quatro) e no máximo 10 (dez) moradores com maior grau de dependência, seja ela física ou psíquica ou ainda ambas, que requeiram cuidados intensivos do ponto de vista da integralidade da saúde.

Na realidade do município do Rio de Janeiro, ao reflexionar acerca do retorno das equipes das Residências Terapêuticas sobre o cotidiano do trabalho nestes dispositivos e entrelaçá-lo com a demanda de desinstitucionalização prevista pelo quantitativo de pacientes de longa permanência institucional, somado as condições orçamentárias, calculou-se uma média adequada de 6 (seis) moradores por Residência Terapêutica como parâmetro médio, pretendendo reassegurar o trabalho de reabilitação psicossocial no dia-a-dia da vida (Relatório das Ações Desenvolvidas pela Assessoria Técnica das Residências Terapêuticas (SSM) - Período de abril/2013 a junho/2018).

No que diz respeito a complexidade dos SRT, o município do Rio de Janeiro adota a seguinte subdivisão:

- Tipo I de baixa complexidade (1 cuidador diarista) – destinada a pessoas com maior grau de autonomia no manejo das atividades da vida diária, sejam elas, o cuidado de si, do seu ambiente, a inserção afetiva, social e/ou comunitária.
- Tipo II de média complexidade (1 cuidador diarista e 2 cuidadores plantonista dia) - o acompanhamento se intensifica devido à diminuição no coeficiente de autonomia gerado por condições físicas ou psíquicas.

- Tipo II de alta complexidade (1 cuidador diarista, 2 cuidadores plantonista dia, 2 cuidadores plantonista noite e 1 técnico de enfermagem) - para àquelas pessoas com maior grau de dependência e que, portanto, necessitam de cuidados intensivos e contínuos.
- Tipo II de altíssima complexidade – em razão das condições clínicas dos pacientes ainda institucionalizados, vimos constituindo RT com maior necessidade de intensividade quanto ao cuidado e acompanhamento, o que exige aumento no número de profissionais, sejam eles plantonistas diurnos e/ou noturnos.

A equipe responsável por acompanhar os moradores nas RT é denominada equipe de segmento²³, por tratar-se de equipe que acompanha os pacientes do CAPS no cotidiano de suas moradias, o que não dispensa em absoluto a Visita Domiciliar da equipe assistencial do CAPS naquelas situações em que haja necessidade. Esta equipe mínima é composta por coordenador técnico das residências terapêuticas, acompanhante terapêutico, cuidadores e técnico de enfermagem no caso das RT de Tipo II.

- Coordenador Técnico é responsável por organizar os processos de trabalho da equipe de forma geral.
- Acompanhante Terapêutico (at) é responsável por acompanhar o cotidiano da RT e de seus moradores, em sua circulação pela cidade e nos serviços da Rede de Atenção à Saúde – RAS.

²³ Existe toda uma discussão acerca desta terminologia, ou seja, se **segmento** ou **seguimento**. E muito embora as nomenclaturas não deem conta das transformações que precisam acontecer em ato, demos ênfase a importância da linguagem, das nomeações que daí decorrem, e de suas representações. Sendo assim, durante nosso percurso no trabalho junto aos SRT adotamos a nomeação SEGMENTO, por entender naquele momento (e tenho minhas dúvidas se isso ainda não persiste na atualidade), a necessidade de apreensão de que os Serviços Residenciais Terapêuticos, apesar de se constituírem como frente de gestão e trabalho dos CAPS em cada território, comporta certa distinção. A começar pelo fato de tratar-se de um local de moradia e não tratamento, não obstante sua dimensão clínica e o custeio via sistema público; as ações terapêuticas não devem se dar na casa (não é incomum profissionais pensarem em realizar oficinas nas casas ou qualquer outra atividade terapêutica que prioritariamente deve acontecer nos devidos equipamentos pela cidade, de acordo com cada PTS). Portanto, não se trata de um seguimento do CAPS no sentido de continuidade, tampouco, está apartado deste como mero fragmento. Outrossim, trata-se de corresponsabilidade do CAPS, e deste modo, parte do seu trabalho (segmento) que acontece no âmbito no morar, como com qualquer outro usuário do CAPS que necessite deste tipo de apoio. A diferença que se faz diz respeito ao compromisso histórico que temos com essas pessoas que mantivemos prisioneiras nos manicômios durante parte, quando não toda a vida. E que devido a isso perderam não só em anos de vida, mas em contratualidade e empobrecimento subjetivo e afetivo, não participando das transformações familiares e históricas, estando a margem do sistema.

- Técnico de Enfermagem (somente RT Tipo II) é responsável pela articulação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e demais pontos da RAS, pensando o cuidado clínico dos moradores no dia-a-dia.
- Cuidador é responsável pelo acompanhamento cotidiano dos moradores na RT, através da apropriação do espaço da casa, e do território, investindo na ampliação de autonomia.

Vejamos o quantitativo de profissionais que atuam nos SRT no ano de 2017:

Profissionais nos SRT	Quantidade
Coordenadores Técnicos	19
Acompanhantes Terapêuticos	45
Cuidadores	435²⁴
Técnicos de Enfermagem	47
Total	546

Fonte: SSM da SMS do Município do RJ

Para a inserção em Serviço Residencial Terapêutico, é necessária a construção coletiva do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário no Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização (GTD) do respectivo território de abrangência. Por se tratar de moradias, construídas inclusive com a participação das pessoas que residirão na casa, os SRT não funcionam na lógica de vagas como na enfermaria de uma unidade hospitalar. Enuncia-se que, para cada recurso disponível em uma RT, há um paciente de longa internação psiquiátrica, futuro morador, em trabalho de desinstitucionalização, por meio do acompanhamento da retirada de documentos, aquisição de benefício, vinculação aos técnicos de referência e gradual apropriação do local onde residirá, entre outras ações e (SMS/Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, SSM - Etapas do Processo de Desinstitucionalização de 05/10/2010 e Resolução SMS nº 3755 de 10 de julho de 2018. Procedimento Operacional Padrão de Desinstitucionalização (POP DESINS)²⁵.

O PTS deve considerar a situação clínica e psicossocial de cada usuário, bem como a sua integração à vida da cidade, com a perspectiva de criação de uma rede de proteção social, comunitária, de saúde, de trabalho e de lazer para a reabilitação e integração social do paciente,

²⁴ 279 cuidadores diurnos e 156 cuidadores noturnos

²⁵ Documentos anexos à presente dissertação

de acordo com sua singularidade e história, conforme previsto pelas Portarias GM/MS 106 11/02/200 e 3090 de 23/12/2011. A experiência tem comprovado que a discussão do PTS orienta não só na construção da indicação para RT como também na desconstrução de indicações prévias e comodamente estabelecidas, que desconsiderem outros fatores e possibilidades, inclusive o desejo dos moradores e recursos concretos que estes possuam, como por exemplo, familiares e meios financeiros que viabilizem, a partir do trabalho da equipe, o retorno familiar (Silverio, 2018).

Destarte, o processo de desinstitucionalização inicia-se no trabalho junto ao paciente ainda na instituição psiquiátrica, e não se encerra com a desospitalização, ou seja, no momento de alta dessas pessoas longamente internadas, por vezes décadas, mas prossegue no trabalho realizado nos Serviços Residenciais Terapêuticos através da integração entre as equipes de segmento e assistencial de cada CAPS e destas com a comunidade.

As etapas do processo de desinstitucionalização compreendem graus de responsabilidade distintos entre os serviços de saúde mental (Institutos Municipais e CAPS), de modo que a participação dos institutos seja decrescente, na medida em que os outros pontos da rede aumentem o seu protagonismo no processo.

Reitero que, assim como o retorno familiar, a inserção em Residências Terapêuticas é uma das possibilidades de Desinstitucionalização, destinada a pacientes internados em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há dois anos ou mais – de acordo com as Portarias 106/2000 e 3090/2011 – e não funciona na lógica de abrigamento, conforme dito anteriormente, tratando-se de casas ou apartamentos inseridos na cidade.

No município do Rio de Janeiro, a fim de impulsionar ainda mais o processo de desinstitucionalização e desta forma a Reforma Psiquiátrica, foi criada a Bolsa Municipal de Incentivo à Desospitalização - Lei Municipal nº 3.400 de 17 de maio de 2002 - que garante o incentivo aos usuários internados - por um período igual ou superior a três anos até a data da publicação da lei - em hospitais psiquiátricos do SUS ou conveniados ao SUS²⁶ que recebam alta hospitalar e sejam inseridos na família de origem, em família acolhedora, Moradia Assistida

²⁶ Salientamos que o município do Rio de Janeiro fechou os últimos leitos conveniados com o encerramento do convênio junto ao SUS do Sanatório Rio de Janeiro (Clínica de Repouso Santa Alice): Objeto de Ação Cível Pública instalada em meados de 2014. Hospital Psiquiátrico com 80 leitos conveniados ao SUS para internação exclusivamente masculina, finalizadas em novembro de 2016. Não há mais nenhum leito conveniado de longa permanência no Município. Neste mesmo ano foram fechados os 60 leitos no Hospital Pedro de Alcântara e os leitos do abrigo existente no antigo Hospital de Custódia Heitor Carrilho (Relatório de Gestão de 2016 SSM/SMS).

ou em Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Para fazer jus a Bolsa²⁷, o usuário deverá estar inserido em tratamento extra-hospitalar regular em uma das Unidades de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, SSM - Etapas do Processo de Desinstitucionalização de 05/10/2010 e Resolução SMS nº 3755 de 10 de julho de 2018. Procedimento Operacional Padrão de Desinstitucionalização (POP DESINS).

Tipos de Bolsa de Incentivo à Desospitalização:

- Tipo I – Bolsa Incentivo de um salário mínimo para pacientes que ingressem em Residência Terapêutica.
- Tipo II – Bolsa Incentivo de dois salários mínimos para pacientes que irão retornar ao convívio de seus familiares, família acolhedora ou Moradia Assistida²⁸.

Em termos gerais, os serviços substitutivos têm como finalidade:

- Proteger as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes;
- Diminuir a clientela de longa permanência nos hospitais psiquiátricos e evitar a ocorrência de novas internações. Naqueles casos em que seja necessário o acompanhamento intensivo à crise, que este possa acontecer no âmbito do acolhimento nos CAPS III e/ou nos leitos de saúde mental criados em hospitais gerais;
- Redirecionar os gastos com assistência hospitalar psiquiátrica para serviços de base comunitária, através do custeio mensal permanente.

²⁷A respeito dos critérios da Bolsa Rio ver em: POP DESINSTITUCIONALIZAÇÃO da SSMSMS - RESOLUÇÃO SMS Nº 3755 DE 10 DE JULHO DE 2018 O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, e tendo em vista o que consta do Ofício S/SUBHUE/SSM nº 368 de 18 de junho de 2018,

²⁸ As Moradias Assistidas são indicadas aos usuários que tenham permanecido institucionalizados por longo período, mas que tenham maior grau de autonomia, e necessitem de acompanhamento esporádico e pontual da equipe do CAPS em sua residência. Nessa modalidade de casa, diferente do SRT, o morador custeia aluguel, luz, alimentação, ou seja, custeio próprio. Sendo assim, o incentivo financeiro oferecido é a bolsa municipal de incentivo a desospitalização (Bolsa Rio) no valor de dois salários mínimos (Documentos SSM/SMS).

Transcorrido aproximadamente meio século dos primórdios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, encontramos um panorama de avanços consideráveis em termos da luta antimanicomial²⁹, com o fechamento de leitos de longa permanência institucional em hospitais psiquiátricos pelo Brasil, com a criação de leitos em hospitais gerais e a implantação de serviços substitutivos de cunho territorial, conforme série histórica do Ministério da Saúde, considerando-se os serviços habilitados (Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas CGMAD/DAPES/SAS, 2017):

- Expansão de leitos em hospitais gerais: de 2012 a dezembro de 2017 - 1.328 leitos de saúde mental;
- Expansão de CAPS: de 148/1998 para 2549/2017;
- Expansão de SRT: 583 ao final de 2017.

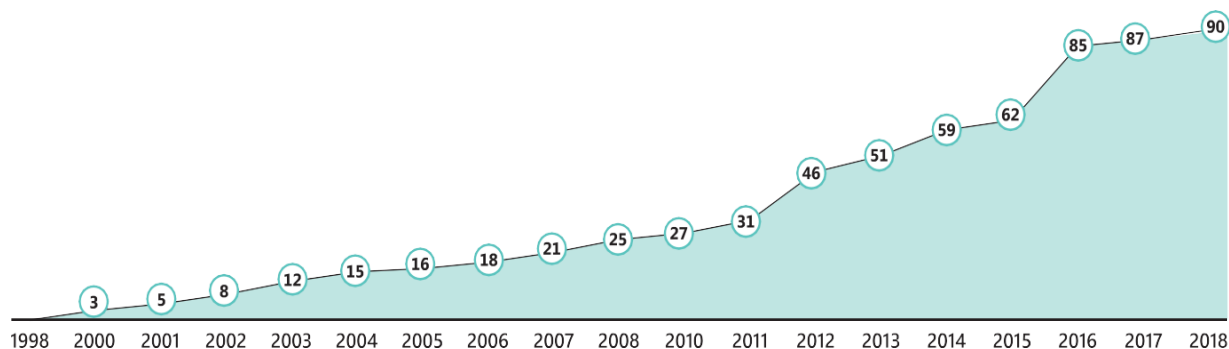
Com a ampliação e consolidação de serviços substitutivos a partir da desinstitucionalização, ocorreu expressiva diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos disponíveis no Brasil, totalizando 51%, de 51.393 leitos em 2002 para 25.988 leitos em 2014. No município do Rio de Janeiro, segundo dados de dezembro/2018 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – (Boletim da Saúde Mental nº 1 – Do manicômio para a cidade), houve redução no número de pacientes de longa permanência em leitos psiquiátricos de 1302/2012 para 282/2018; e aumento no número de recursos disponíveis em SRT de 272/2012 para 511/2018 com ocupação de 459, num total de 90 RT, conforme mostra a série histórica:

Tabela 1 - Expansão de recursos disponíveis em SRT

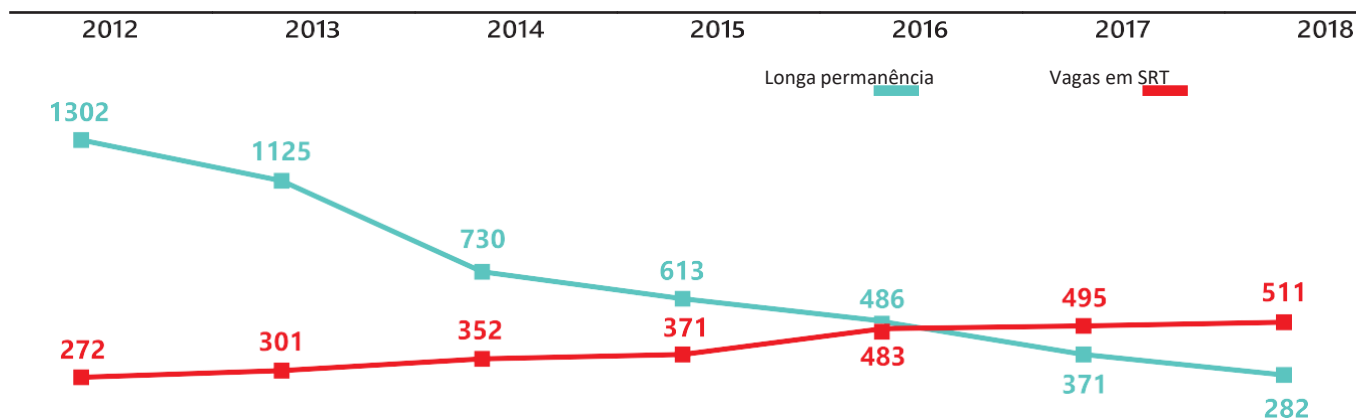
Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
RT implantadas/ano	1	0	2	2	3	4	3	1	2	3	4	2	4	15	5	8	3	22	2	4
Total de RT Implantadas	1	1	3	5	8	12	15	16	18	21	25	27	31	46	51	59	62	84	86	90

Fonte: SSM da SMS do município do RJ

²⁹ O Movimento da Luta Antimanicomial se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental, portanto, o combate à ideia de que se deve isolar a pessoa com sofrimento mental em nome de pretensos tratamentos, ideia baseada apenas nos preconceitos que cercam a doença mental. O Movimento da Luta antimanicomial faz lembrar que como todo cidadão estas pessoas têm o direito fundamental à liberdade, o direito a viver em sociedade, além do direito a receber cuidado e tratamento sem que para isto tenham que abrir mão de seu lugar de cidadãos. <http://bvsm.s.saude.gov.br/ultimas-noticias/2721-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial-2>

Tabela 2 - Evolução do número de SRT no município do Rio de Janeiro

Fonte: SMS/SUBHUE/SSM – Superintendência de Saúde Mental, FORMDESINS

Tabela 3 - Redução de pacientes de longa permanência em leitos psiquiátricos e aumento de vagas³⁰ em SRT

Fonte: SMS/SUBHUE/SSM – Superintendência de Saúde Mental, FORMDESINS

No entanto, apesar dos inúmeros avanços ainda existem inúmeras pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos pelo Brasil afora, os dados situam-nos quanto aos obstáculos a serem enfrentados na atualidade. Ademais, nestes tempos de tantos retrocessos no campo das políticas públicas e de extrema disseminação de ódio e ataque as diferentes formas de existência, outros desafios se apresentam ao cuidado em liberdade tanto nos CAPS como

³⁰ Durante o período em que ocupamos o função de assessora das RT utilizamos a designação recursos vagos, uma vez que vaga remete quase que instantaneamente ideia de leito em enfermaria, e, portanto hospital, ou ainda abrigo. Reconhecemos a limitação do termo “recursos vagos”, porém este foi adjuvante na desconstrução de que as RT funcionam em uma lógica diferente, onde a lógica da “transferência” não tem lugar.

nos Serviços Residenciais Terapêuticos inseridos na cidade. Como mostra Foucault (2001), não há saber neutro, constituindo-se todo saber como político.

Traçada essa breve linha histórica, pode-se afirmar que a desinstitucionalização caracteriza-se, antes de qualquer coisa, como um processo de acessar/produzir protagonismo quanto à própria existência em um sujeito que foi objetificado pela longa permanência em instituição total, despido dos elementos que o identificam e singularizam, e impedido da construção de laços sociais externos ao manicômio. Ela se inicia antes da saída do usuário da instituição hospitalar, ou seja, da sua condição de longa permanência institucional, e não se encerra com a desospitalização. Prossegue no contexto das Residências Terapêuticas, por meio da construção permanente, gradual e progressiva de novas e diferentes formas de habitar uma casa e a cidade. Tal qual através do acompanhamento contínuo, delicado e singular das equipes assistenciais dos CAPS, quando do retorno familiar e ou permanência em moradias assistidas.

Trata-se assim, de um fenômeno complexo, sem demarcação temporal, ou seja, não há um fim pré-determinado para a desinstitucionalização, ela irá se processando de acordo com a vida em movimento e os encontros possíveis e passíveis de acontecer no desenrolar desta movimentação. A desospitalização é um momento, senão um marco, do retorno de pessoas - há muito - excluídas socialmente à possibilidade de vida na cidade, ou seja, *a vida como ela é*. E a vida como ela é, não há de ser igual para todos, ao contrário, deve incluir a todos em suas diferenças e possibilidades existenciais, para que as escolhas de fato aconteçam!

Refiro-me a algo maior do que simplesmente conferir autonomia³¹, enquanto capacidade de escolher entre as opções ofertadas. Aposto no protagonismo, na capacidade de gestar as próprias opções e também ofertá-las, em uma intensa relação de troca e de empoderamento.

É de difundido consenso que o 'empoderamento' (termo usado nos atuais debates de forma praticamente intercambiável com 'habilitação' ou 'autorização') é alcançado quando as pessoas adquirem a destreza para controlar ou pelo menos influenciar de modo significativo as forças pessoais, políticas, econômicas e sociais pelas quais suas trajetórias de vida seriam fustigadas se não houvesse essa habilidade; em outras palavras, ser 'empoderado' significa ser capaz de fazer escolhas e atuar efetivamente sobre as escolhas feitas; isso, por sua vez, significa uma capacidade para influenciar a gama de escolhas

³¹ Ainda que na sua concepção etimológica o conceito de autonomia aponte para regras e normas próprias, na prática autonomia tem sido tomada como a maior ou menor habilidade na realização de tarefas cotidianas, tarefas essas pré-definidas socialmente, inclusive pelos profissionais do campo do cuidado em saúde.

disponíveis e as configurações sociais nas quais as escolhas são feitas (Bauman, 2011, p. 193).

Quando digo isso, não me refiro aqui a qualquer visada assistencialista ou voluntarista, mas a um programa de cunho público (SUS) que pretende a sustentação e garantia de direitos a cidadãos que tiveram sua identidade, autonomia e cidadania, confiscadas em nome do higienismo, bem como de preconceitos, estigmas e censura àquilo que se apresenta como diferente e/ou estranho, portanto, tiveram suas vozes caladas e a tentativa de apagamento de suas vidas.

Todo o panorama da opressão vivenciada nos manicômios, e de outras violências mais sutis no trato com aqueles que não se enquadram nos padrões pré-determinados por quem possui o poder, seja ele macro ou micro, remete e atualiza a expressão cunhada por Hannah Arendt (1963) – a *banalidade do mal*. Afinal, foi em nome da ciência, mais propriamente da ciência médica, que pessoas foram torturadas nos hospícios, de forma acrítica por inúmeros profissionais de diversas categorias, em nome de um tratamento dito moral, e que na prática se configurou como amoral, desumano e antiético (ou sob a ética daqueles que possuem o poder). Muitas destas pessoas perderam a vida, e outras a alma: laços se romperam para sempre, fossem eles familiares, amorosos, laborativos, de lazer e culturais, com as evoluções e intempéries do mundo, com o seu habitat, e tantas outras, que não cabem em palavras, registrando e testemunhando a vergonha da nossa (des)humanidade, do nosso lado mais sombrio.

Cuidar da saúde mental é promover técnicas eficazes de prevenção e de atenção, coletiva e individualmente, mas sabendo que, sem uma mudança do referencial social e político que substitua a concorrência pela colaboração e pela solidariedade, os fatores adversos para a saúde, e especialmente para a saúde mental, continuarão a aumentar (Desviat, 1999).

Conforme Franco Rotelli (Desviat, 1994, p.50), a negação da instituição não era a negação da doença mental e da psiquiatria, tampouco o simples fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas a recusa ao mandato social destinado à psiquiatria, de isolamento e exclusão daqueles que fogem aos padrões de normalidade impostos pela sociedade.

Venturini fez, em 2016, um exame minucioso, no âmbito do movimento antimanicomial italiano a respeito das diversas conceituações do termo desinstitucionalização, propondo uma suspensão temporária de seu uso a fim de redescobrir seu significado original. Apresentou uma

subdivisão abrangente em dois grupos principais: desospitalização e desinstitucionalização, não havendo continuidade ideológica e científica entre eles.

No que se refere à desospitalização, segundo o autor, considera-se a humanização do hospital psiquiátrico com redução do número de internos e encaminhamento para familiares e ausência de intervenções nos níveis de regressão institucional.

Quanto à desinstitucionalização, Venturini distingue três níveis:

- 1) Habitação Psicossocial – Neste nível, há aceleração da alta de todos os internos, intervenções significativas nos níveis de regressão institucional. Porém, não há ações sobre os mecanismos excludentes da sociedade, não produzindo mudanças em termos do circuito psiquiátrico e tampouco da lógica sociosanitária existente;
- 2) Inclusão Social – Atua-se sobre as instituições sanitárias modificando o circuito psiquiátrico e opondo-se ao manicômio, colocando em movimento normas que sustentam e reconhecem direitos políticos, jurídicos, sociais, de trabalho e tratamento, visando desta forma, a transformação das ações excludentes em ações solidárias;
- 3) Promoção Social – Neste nível de complexidade, atua-se sobre a saúde mental da comunidade, desconstruindo estigmas e representações mentais da doença mental e promovendo mudança da cultura local. Implica a ativação de práticas habilitadoras e preventivas dirigidas a cada um dos sujeitos, através da promoção de valor social.

Devemos, pois, estar atentos, já que o manicômio, ou melhor, as práticas manicomialis, segregativas e excludentes podem ser reproduzidas em diversos contextos, basta que se retire dos sujeitos o direito ao protagonismo pela própria vida, às escolhas, ao convívio social e ao acesso a bens sociais, culturais, econômicos, entre outros.

Em nossa cidade, há ainda muito trabalho a ser feito e torna-se premente refletir sobre o que significa realizar a desinstitucionalização, uma política que se pretende inclusiva, em um

grande centro urbano marcado pela violência e a exclusão. E, principalmente, em tempos de retrocesso no âmbito da conquista de direitos sociais para as populações marginalizadas e excluídas, e de disseminação do ódio e dos abusos de poder.

Zygmunt Bauman observa e analisa a origem e construção das cidades nos idos tempos, muralhas e fortalezas que se erguiam sob o ideário de proteção daqueles que estavam dentro de suas cercanias. Em nossos tempos, cidades que não mais servem a essa finalidade, uma vez que dentro delas há o sentimento de desproteção e o infindável medo, lamentavelmente, medo do outro. A partir da couraça do medo, constroem-se não só medidas protetivas contra as supostas ameaças, mas edificam-se e solidificam-se preconceitos, estigmas os mais variados, e modos violentos de lidar com as diferenças. Afinal de contas, aquilo que é reconhecível não assusta e nem tampouco promove medo, o “monstro” é o outro, o desconhecido, o diferente, aquele que causa estranhamento. E assim, se justificam as castas, e alguns cidadãos passam a se sentir no direito de, a partir delas, determinar a circulação de outros, classificando-os das mais diversas formas e ditando o seu lugar de pertencimento na cidade e na vida. Conforme Bauman, *separar e manter distância se tornam a estratégia mais comum na luta urbana atual pela sobrevivência:*

A guerra contra a insegurança, e particularmente contra e os perigos e riscos à segurança pessoal, agora é travada dentro da cidade, onde se estabelecem os campos de batalha urbanos e se traçam as linhas de frente. Trincheiras fortemente armadas (acessos intransponíveis) e bunkers (prédios ou complexos fortificados e rigorosamente vigiados) destinados a separar manter e impedir a entrada de estranhos estão se tornando rapidamente um dos aspectos mais visíveis das cidades contemporâneas – ainda que assumam muitas formas e que seus idealizadores façam o possível para misturar suas “criações” a paisagem da cidade, ‘normalizando’ desse modo o estado de emergência em que seus moradores, viciados em proteção, mas sempre pouco seguros em relação a ela, vivem seu dia-a-dia. (Bauman - p. 78, 2005)

Ao levantar estas indagações, não estou, de maneira alguma, contradizendo ou contrariando a perspectiva da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização em sua essência, qual seja à inclusão comunitária, mas sim encarnando o contexto em que esse processo se insere. Não é em uma cidade fictícia, um conto de fadas, um local mágico e livre de todos os preconceitos e perigos que a desinstitucionalização acontece e um Serviço Residencial Terapêutico é implantado, é no seio de uma cidade com todas as suas contradições.

Ao aproximar ainda mais nossas lentes, vislumbramos uma cidade marcada pela exuberância de luxuosos apartamentos, condomínios contornados por lindas praias, tanto

quanto por crescentes comunidades ao seu redor, além de pessoas em situação de rua pelas mais diversas razões. Pessoas moradoras de um centro periférico que se deslocam cotidianamente para trabalhar nela, mais propriamente nos luxuosos apartamentos ou condomínios da cidade, ou ainda em residências de classe média, e que embora adentrem a intimidade dessas casas e das vidas ali vividas, são consideradas desiguais e relegadas à exclusão. Despossuídas, portanto, de oportunidades mínimas de educação, cultura, lazer, saúde, e, por que não dizer, de poder de escolha: despossuídas de empoderamento. É nesta cidade real e profana, e não na cidade idealizada em nossas utopias, que o trabalho de inclusão de pessoas afastadas há anos do convívio social se constrói. Nesta mesma cidade, um trabalho, árduo e de grande magnitude, acontece à sombra de grandes acontecimentos: desconstruir através das micropolíticas e microtecituradas sociais o estigma em relação à loucura e as pessoas portadoras de sofrimento mental.

O pior lado do muro é desenvolver em algumas pessoas uma atitude defensiva, criar uma mentalidade pela qual o mundo é atravessado por um muro que divide em dentro e fora: de um lado existem os maus e os inferiores, do outro os bons e os superiores. Não é indispensável que o defensor esteja materialmente vizinho ao muro: também pode estar longe, desde que o tenha dentro de si e respeite as regras impostas por sua lógica (Kapuscinski, R. apud Baumnan, 2005, p. 103).

Tendo dito isto, somos convocados a repensar a partir dos processos de inclusão produzidos pela desinstitucionalização, os lugares do habitar, do tratamento e do viver (Venturini, 2016), no contexto de nossa cidade e da realidade de cada um dos pacientes em saúde mental já desinstitucionalizados, especialmente daqueles que ainda se encontram institucionalizados.

2.4 Residências Terapêuticas: residência / casa / moradia / lar?

Minha trajetória profissional nos Serviços Residenciais Terapêuticos iniciou-se com minha atuação como acompanhante terapêutica (at)³² e, posteriormente coordenadora das Residências Terapêuticas de um dos CAPS do município do Rio de Janeiro, onde estive por aproximadamente quatro anos. Ocupei nos seis anos seguintes a função de Assessora Técnica das Residências Terapêuticas da Superintendência de Saúde Mental (SSM) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município do Rio de Janeiro.

³² Utilizarei **at** para acompanhante terapêutico e **AT** para acompanhamento terapêutico.

Neste aspecto, cabe mencionar o papel do assessor, tal qual pode exercê-lo nos anos transcorridos neste trabalho. Apreendemos que o lugar do assessor, partindo do latim *assessor*, é caracterizado como aquele que acompanha, auxilia, ajuda, aconselha uma pessoa ou instituição em determinada área ou tarefa, a partir do seu conhecimento técnico e sua área de especialização. Sendo assim, já se encerram aqui alguns lutos, na medida da impotência colocada pelos limites e circunstâncias institucionais, que de algum modo ou algumas vezes, emperram, desconsideram e/ou descontrolam o trabalho técnico desenvolvido em saúde.

É, portanto, deste lugar/função/afetação que parto para transmitir, tanto quanto possível, as ações desenvolvidas pela Assessoria Técnica de Residências Terapêuticas, no período compreendido entre abril/2013 a junho/2018³³, a partir do meu conhecimento técnico, da minha vivência nesta função, e das competências demandadas a esta assessoria, que no organograma da Superintendência de Saúde Mental, exercia as seguintes funções estratégicas:

- Implantação e manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos do município do Rio de Janeiro;
- Acompanhamento das equipes de segmento dos CAPS, composta por coordenadores técnicos das Residências Terapêuticas, acompanhantes terapêuticos, cuidadores, e, no caso das RT de Tipo II, os técnicos de enfermagem;
- Implementação e sustentação de uma direção técnica e política única e coesa para o trabalho, atrelada às políticas públicas em curso, e pautada pelas Leis e Portarias que as regem, considerando a singularidade de cada caso e situação;
- Resgate e sustentação da dimensão clínica do acompanhamento terapêutico nestes dispositivos, a fim de garantir que a desinstitucionalização suplante a lógica da desospitalização, de modo a não reproduzir a lógica manicomial;
- Intercruzamento entre os aspectos componentes da gestão e àqueles oriundos da clínica do morar.

³³ Permaneci nesta ocupação até maio/2019, mas para fim deste trabalho utilizaremos este recorte.

Esta escrita se constrói com a proposta de um olhar cuidadoso e atento mas, também, curioso para as próprias narrativas no contexto do trabalho de desinstitucionalização nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Traz a esperança de refletir coletivamente acerca dos desafios colocados na sustentação e implementação dessas conquistas em saúde mental, com os votos de melhores encontros com a clientela (des)institucionalizada e com as equipes envolvidas neste trabalho em seus vários eixos.

Com o advento da Portaria 3090³⁴, a complexidade nos dispositivos³⁵ residenciais adquire corporeidade por meio da Tipologia I e II, estabelecendo no campo das Políticas Públicas possibilidades de inserção àquelas pessoas oriundas de longa internação com problemas clínicos provenientes dos longos anos de descuido institucional e pelo próprio avançar da idade. Não era incomum que, em algum momento da história da desinstitucionalização em nossa cidade, escutássemos que as pessoas com idade avançada não eram prioridade desse projeto de inclusão. No entanto, essas pessoas tiveram confiscadas a sua juventude, saúde e anos de vida, confiscaríamos agora, também o direito de viver o envelhecimento ou velhice em condições de liberdade? Outrossim, investimos para que todas essas pessoas, a despeito de sua idade, tenham o direito de morar em uma casa, ainda que idosos, ainda que com problemas clínicos passíveis de cuidado em domicílio.

Retomando a questão da complexidade nas Residências Terapêuticas, para efeito deste município, soma-se o disposto pelas Portarias que regulamentam tal serviço através das tipologias I e II, a baixa ou média complexidade no caso das RT Tipo I, a alta complexidade - e mais recentemente devido ao grau de dependência dos pacientes ainda institucionalizados - a altíssima complexidade para RT Tipo II.

No caso das Residências Terapêuticas Tipo I destinadas para no mínimo 4 (quatro) e no máximo 8 (oito) moradores inicialmente, e até 10 (dez) moradores no máximo a partir da Portaria nº 3.588, DE 21 de dezembro de 2017, o acompanhamento deve estar calcado no suporte à inclusão social e a inserção na vida comunitária. As Residências Terapêuticas Tipo I de baixa complexidade são indicadas àquelas pessoas com maior grau de autonomia no manejo

³⁴ Portaria GM/MS 3.090 de 23 de dezembro de 2011.

³⁵ Utilizamos dispositivo no sentido aprendido a partir do emprego feito pela Política Nacional de Humanização, seja como a aplicação concreta de uma diretriz, em nosso caso para a concretização da desinstitucionalização, a criação de dispositivos residenciais que façam frente ao manicômio.

das atividades de sua vida diária, no cuidado de si, do seu ambiente, na inserção afetiva, social e comunitária. Características não mais encontradas entre os pacientes ainda institucionalizados.

No caso das Residências Terapêuticas Tipo I de média complexidade, o acompanhamento se intensifica tanto devido à diminuição no coeficiente de autonomia gerados por condições físicas ou psíquicas, como na análise conjunta acerca da demanda de extensão no cuidado. Por exemplo, uma casa onde ao anoitecer, em virtude da diminuição ou perda da visão, algum morador necessite de apoio para realizar as ações como jantar, banho, ou outras. Nesta modalidade, o suporte do profissional se intensifica em termos da presença em horas e dias na semana, bem como na oferta e intensividade do cuidado.

Para aquelas pessoas com maior grau de comprometimento, que necessitem de cuidados intensivos específicos do ponto de vista da saúde em geral, e que, portanto, demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e individualizado, de forma permanente, a indicação são as Residências Terapêuticas Tipo II de alta complexidade - para no mínimo 4 (quatro) e no máximo 10 (dez) moradores - destinadas aqueles com maior grau de dependência, seja ela física, psíquica ou ainda ambas, e que requeiram cuidados intensivos do ponto de vista da integralidade da saúde.

Desta feita, o Projeto Terapêutico Singular deve considerar prioritariamente a reapropriação do próprio espaço residencial e a construção de habilidades para a vida diária que englobem as possibilidades de autocuidado e o aumento da capacidade de estabelecer vínculos e inserir-se socialmente.

No entanto, mudanças podem ser vivenciadas pelas pessoas no decorrer de suas vidas e, portanto, no que concerne ao grau de autonomia devemos considerar que essas definições não esgotam a totalidade dos fenômenos existenciais não apreensíveis conceitualmente. Sempre haverá algo que diz do imprevisível, daquilo que é da ordem do acontecimento, da singularidade, inclusive dos encontros, por isso inesgotável e inapreensível em palavras e conceitos, pois multifatorial e multideterminado, contextual, histórica e relacionalmente.

Não é incomum nos depararmos com situações de mudança na complexidade do cuidado, seja para aumento ou diminuição. A pessoa referendada a partir de seu grau de autonomia para uma casa Tipo I de baixa ou média complexidade, em algum momento pode

vir a necessitar de uma casa Tipo II de alta complexidade. Alguém, inserido em uma Residência Terapêutica de alta, pode nos convocar a sair dos lugares cômodos e confortáveis em que muitas vezes nos instalamos ao simplesmente dizer: “*Não sou mais criança, quero ir para uma Residência Terapêutica onde tenham outros adultos*”. O que nos dá pistas de que a vida não deixa de nos surpreender e, por conseguinte, assim deve ser o trabalho em saúde, um trabalho vivo em que esperamos ser convocados muitas vezes a sair de nossos lugares a partir de desafios desejantes.

Sendo assim, uma Residência Terapêutica denominada como Tipo I de baixa complexidade pode funcionar, em algum momento, em determinado dia e em virtude de inúmeros fatores, como média ou alta complexidade e vice-versa. É a vida colocada em movimento. O conceito encapsula, o acontecimento liberta! Não se pode aprisionar a clínica do acompanhamento terapêutico com os sujeitos. Entretanto, conceituar nos permite sem dúvida refletir e organizar ideias e, mais do que isso, elaborar e planejar o trabalho e a estruturação de novos equipamentos residenciais pela cidade. Prover, assim, recursos para que outras pessoas possam construir seus percursos singulares rumo à desinstitucionalização.

É válido, portanto, sublinhar que, qualquer tentativa de estabelecer pressupostos demarcatórios para a complexidade, por si só já simplifica ou reduz àquilo que ousamos apreender dela. No cenário dos SRT, esse arranjo veio sendo composto como subsídio teórico-prático até o advento da Portaria 3090 e complementar a ela, como tentativa de imprimir clareza conceitual aquilo que na prática foi desenvolvido no município do Rio.

Segundo o dicionário Informal³⁶, complexidade adjetiva aquilo que é complexo, que encerra muitos elementos ou partes, sobre vários pontos de vista, ou seja, são necessários diversos olhares e olhares diversos. Faz-se necessário que trabalhemos juntos, ou melhor, de modo compartilhado, não multidisciplinarmente, mas interdisciplinarmente, para quem sabe, no futuro, conseguirmos trabalhar transdisciplinarmente.

Neste contexto, sinto necessidade de resgatar o aporte conceitual de complexidade. Para tal, me utilizo do referencial proposto por *Edgard Morin*, apropriando-me de seu campo

³⁶ <https://www.dicionarioinformal.com.br/complexidade/>

conceitual para ressignificar as definições propostas acerca da complexidade nas Residências Terapêuticas.

Pedimos legitimamente ao pensamento que dissipe as brumas e as obscuridades, que ponha ordem e clareza no real, que revele as leis que o governam. A palavra complexidade só pode exprimir o nosso embaraço, a nossa confusão, a nossa incapacidade de definir de maneira simples, de nomear de maneira clara, de pôr ordem nas nossas ideias (Morin, 1990).

A complexidade é, antes de qualquer coisa, irreduzível a qualquer definição que tome o lugar de simplicidade. Segundo o autor, trata-se de uma palavra problema e não de uma solução. Comporta em si certa confusão, desarranjo, desordem e incerteza, não fornecendo de imediato qualquer elucidação redutível a uma única palavra ou ideia. O autor evidencia sua conotação de advertência a qualquer clarificação e a reduções demasiado rápidas. De outro modo, à complexidade coincide sempre uma parte de incerteza, muito embora também não seja redutível à incerteza. Comporta, ainda, certa mistura de ordem e desordem, de inúmeras quantidades e perspectivas interacionais.

É certo que cada um de nós, envolvidos neste projeto, vivencia com muito prazer e entusiasmo a saída de uma pessoa após anos de clausura. Devemos mesmo comemorar, pois a vida deve acontecer em liberdade, e vibrar com a possibilidade de que as pessoas em sofrimento psíquico grave, após anos de reclusão, possam viver suas vidas em comunidade, morando em uma casa é o que desejamos e pelo qual vimos lutando há pelo menos trinta anos.

Porém, quando da ida para um dispositivo na modalidade Residência Terapêutica, precisamos ponderar acerca de alguns aspectos que dizem respeito aos sujeitos envolvidos e sob o cuidado despendido, ou seja, os pacientes desinstitucionalizados agora moradores nessas residências ditas terapêuticas. Toda forma de cuidado, se não for dosada, se em excesso, tende a subjugar e restringir a autonomia e as possibilidades de exercício do protagonismo. Assim, cada ação, cada gesto, cada agenciamento deve considerar, levar em conta, respeitar, validar cada uma das pessoas que ali residem desde seu processo de saída do hospício. Só assim estaremos fazendo valer a desinstitucionalização em seu sentido pleno e integral. Somente desta forma não estaremos repetindo o manicômio ou a prática manicomial: a mesma e velha lógica em espaços e roupagens diferenciados, com rótulos bonitos e bem definidos. Teremos mudado a estrutura superficial, a casca e mantido a mesma e antiga essência de controle e exclusão.

É de conhecimento público que as Residências Terapêuticas constituem-se como moradias inseridas na comunidade, casas ou apartamentos comuns destinadas a pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência institucional, ou seja, dois anos ou mais em hospitais psiquiátricos ou de custódia, e que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social. (Portaria/GM 106 de 11/02/2000 e Portaria/GM 3.090, de 23/12/2011). Porém, a institucionalidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos coloca essas pessoas frente à possibilidade e ao desafio de, após anos de reclusão, experimentarem a vida no conforto de uma casa ou apartamento em meio à cidade, com vistas a usufruir tudo o que esta oferece. Pois bem, e o que isso quer dizer?

O que significa estar no conforto de uma casa ou apartamento, agora morador de um prédio, com suas regras e convenções, podendo compartilhar espaços há muito desabitados? Dividir com outras pessoas, em sua maioria desconhecidas, aquilo que ainda não pode se convencionar “lar”; comer de garfo após anos utilizando colher, comer e beber em prato e copo de vidro, e não mais na canequinha azul de plástico; para muitos, evacuar no vaso sanitário, acender o fogão, passar o dia vestido e calçado, abrir a própria geladeira; não perambular pelo pátio, controlar o grito e o cigarro? Cuidar da saúde, da aparência, ir tomando para si pequenas responsabilidades em relação ao cuidado de si e do ambiente; manejar o próprio dinheiro; cozinhar, efetuar as compras, escolher o que comer; lavar as próprias roupas; escolher o próprio horário de dormir, acordar, fazer as refeições? Ter a possibilidade de decidir aonde ir, de dizer sim e também não; de escolher a hora de acender e apagar a luz; escolher o programa televisivo ou a música preferida; a marca do xampu ou do desodorante. Receber visita ou não; abrir ou não a porta; ter sua própria chave. Amar sem punição, relacionar-se sexualmente sem precisar dar algo em troca. O que significa tudo isso para alguém que passou anos de sua vida, senão toda ela, sem poder algum? Poder finalmente ter escolhas. Escolher finalmente ter algum poder sobre a própria vida.

E nós, nós que até ontem mesmo, trabalhávamos em muitas das instituições totais, como contribuímos na promoção desse empoderamento, dessa conquista gradual de autonomia? Como nos desembaraçar das teias envolventes da tutela, do controle e da exclusão? Estar com os moradores, dentro de suas casas, acompanhando o dia-a-dia das suas vidas, auxiliando-os no agenciamento daquilo que se fizer necessário, e ao mesmo tempo manter-se atento e disponível a novas experimentações, a novos encontros. Como resistir à tentação de escolher por, de decidir por, de tomar para si o que não nos pertence, de transformá-los em objeto de nossos

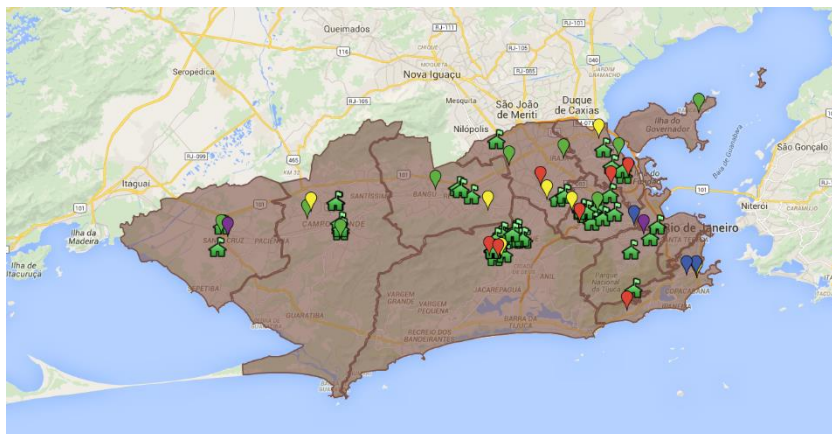
interesses, de fazer da casa deles a nossa cozinha ou a nossa área de lazer? Eis um desafio: moradia para eles, trabalho e serviço para nós.

Aspectos que lhe outorgam institucionalidade e por isso comportam o instituído e o instituinte. Instituído, porque conjuntamente aos CAPS e a eles vinculados, as Residências Terapêuticas constituem a rede substitutiva à internação psiquiátrica de longa duração no âmbito do SUS, em sua dimensão regulamentar, com critérios para implantação, manutenção e custeio. Na face instituinte, por tratar-se de uma casa e comportar as inúmeras possibilidades de habitar mediadas pela política dos encontros e dos afetos. Como dizia Tomás de Aquino, *a vida extrapola o conceito* (século XIII).

Nestes dispositivos de moradia, de natureza pública e cunho privado, procuramos resguardar sua dimensão residencial, afirmando assim a devida reserva e diferenciação àquilo que diz respeito ao tratamento e a dimensão que compete ao morar, desta maneira procurando não repetir à lógica totalizante outrora adotada pelos hospícios. Posição que visa assegurar às pessoas espaços diferenciados de moradia e tratamento, “a vida como ela é” no contexto urbano e de cidadania possível em nossa cidade, e não no interior dos hospitais psiquiátricos, onde a vida é apropriada de forma totalizante, promovendo fragmentação, cerceamento, clausura, rotinas rígidas e altamente sistematizadas, que dificultam, senão impedem as possibilidades de diferenciação e abertura à singularidade dos sujeitos.

Salientamos que vimos perseverando no sentido de que as RT não sejam a solução única para a desinstitucionalização, tampouco o destino final para todas as pessoas, apesar de seu caráter de inventividade e de sua importância e representatividade para a Reforma Psiquiátrica (Silverio, 2018).

Ilustração 1 - Mapa de Georreferenciamento das RT na cidade do Rio de Janeiro:



Fonte|: SSM da SMS do município do RJ

Dito isto, apresento, a seguir, o panorama de implantação das RT do município do Rio de Janeiro por CAPS até junho de 2018 - Tabela 4:

Residências Terapêuticas por CAPS e AP	Número total de RT
Ap. 2.1 – CAPS III Franco Basaglia	2
AP. 2.1 – CAPS Maria do Socorro	1
AP. 2.2 – CAPS UERJ	4
AP. 3.1 – CAPS João Ferreira	3
AP. 3.1 – CAPS Fernando Diniz	3
AP. 3.1 – CAPS Ernesto Nazareth	1
AP. 3.2 – CAPS Clarice Lispector	8
AP. 3.2 – CAPS EAT	1
AP. 3.2 – CAPS Torquato Neto	2
AP. 3.3 – CAPS Rubens Corrêa	3
AP. 3.3 – CAPS Linda Batista	2
AP. 4.0 – CAPS Arthur Bispo do Rosário	22
AP. 4.0 - Manoel de Barros	22
AP. 5.1 – CAPS Lima Barreto	4
AP. 5.2 – CAPS Pedro Pellegrino	4
AP. 5.2 – CAPS Profeta Gentileza	2
AP. 5.3 – CAPS Simão Bacamarte	3
TOTAL RT	86

Fonte: SSM/ da SMS do município do RJ

Destas 86 Residências Terapêuticas, com 495 recursos e total de 460 moradores naquele momento, distinguem-se aquelas de Tipo I e II no que se refere à complexidade – Tabela 5:

Tipologia dos SRT	Quantidade
Tipo I	35
Tipo II	51
Total	86

Fonte: SSM da SMS do município do RJ

Dentre as de Tipo I, havia neste município em 2016³⁷ 20 RT de baixa complexidade e 15 de média complexidade.

³⁷ Ressalto, conforme explicitado no decorrer do texto, que as RT podem mudar de complexidade a partir dos avanços no PTS, bem como de possíveis limitações que vão sendo impostas pela vida em movimento, como é o caso, por exemplo, de situações de adoecimento. O que pode contribuir na alteração da complexidade de uma RT, portanto, muitas das RT de baixa, em virtude do envelhecimento, entre outros fatores, tem mudado para média (as vezes até alta) e as de média para alta complexidade.

Nestes dispositivos de moradia, de natureza pública e cunho privado, procuramos resguardar sua dimensão residencial, afirmando assim a devida reserva e diferenciação entre àquilo que diz respeito ao tratamento e a dimensão que compete ao morar, desta maneira procurando não repetir à lógica totalizante outrora adotada pelos hospícios. Posição que visa assegurar às pessoas espaços diferenciados de moradia e tratamento, “a vida como ela é” no contexto urbano e de cidadania possível em nossa cidade, e não no interior dos hospitais psiquiátricos, onde a vida é apropriada de forma totalizante, promovendo fragmentação, cerceamento, clausura, rotinas rígidas e altamente sistematizadas, que dificultam, senão impedem as possibilidades de diferenciação e abertura à singularidade dos sujeitos (Silverio, 2018).

Como pudemos visualizar através da linha histórica traçada e da constituição dos serviços de cunho territorial, no campo da Saúde Mental, tem sido necessário todo um esforço coletivo na criação e sustentação de uma política-clínica inclusiva, humanizada, promotora de direitos e ampliada com funcionamento em Rede.

Quando falamos em esforço coletivo, nos referimos a várias instâncias que se inter cruzam, mas que infelizmente muitas vezes não se conversam, o que se constitui como um dos desafios para o funcionamento em Rede. Acredito ser fundamental aumentarmos a rede de conversações, a fim de encurtar a distância que separa clínica e gestão; diferentes concepções teóricas em saúde, psicologia e psiquiatria; saúde coletiva e saúde mental³⁸; entre profissionais e familiares³⁹; entre as diversas instâncias e serviços interinstitucionais: saúde, educação, assistência social e justiça; entre os serviços de base comunitária em saúde mental (CAPS e SRT) e a Atenção Primária em Saúde; entre equipe assistencial do CAPS e equipe de segmento; entre outras. Precisamos superar o narcisismo das pequenas diferenças e produzir conversas potentes que aumentem o alcance de nossos discursos e ações em prol de nossos usuários e do SUS.

No bojo desta aproximação, presumo ser de suma importância considerar os trabalhadores da saúde mental como sujeitos envolvidos no processo. Estabelecer, assim, um olhar atento e cuidadoso para as condições de trabalho a que estes trabalhadores estão submetidos; aos salários indevidos e aquém das exigências; a sobrecarga imposta ao quantitativo de recursos humanos insuficientes; a indispensabilidade da educação continuada; e as suas subjetividade implicadas no processo, naquilo que afetam e são afetadas pelos acontecimentos inerentes ao trabalho.

³⁸ Reconhecendo a SM como um dos componentes da saúde coletiva.

³⁹ Pois ainda observo muitas dificuldades nesta interlocução.

Neste trabalho, elegi como foco de pesquisa a subjetividade dos trabalhadores mediante a perda dos moradores dos SRT em que atuam. No próximo capítulo, irei me deter então na delimitação das representatividades de morte em nossa cultura e nas principais conceituações sobre luto.

REPENSANDO A MORTE E O LUTO NO TRABALHO EM SAÚDE

O modo como uma pessoa morre depende em boa medida de que ela tenha sido capaz de formular objetivos e alcançá-los, de imaginar tarefas e realizá-las. Depende do quanto a pessoa sente que sua vida foi realizada e significativa – ou frustrada e sem sentido. As razões desses sentimentos nem sempre são claras – essa também é uma área ainda aberta à pesquisa. Mas quaisquer que sejam as razões, podemos talvez supor que morrer é mais fácil para aqueles que acreditam terem feito a sua parte, mais difícil para os que sentem terem fracassado na busca de seus objetivos, e especialmente difícil para aqueles que, por mais que sua vida possa ter sido bem sucedida, sentem que sua maneira de morrer em si mesma sem sentido. (Elias, 1982, pág. 72)

3.1 Vamos falar sobre a Morte?!

A morte ainda representa um tabu em nossa sociedade. O que isso quer dizer exatamente? Segundo o dicionário Aurélio, por tabu compreendem-se ações, objetos, pessoas ou lugares proibidos - de forma injustificável - por determinada lei, por controle social ou religioso que, ao atribuir-lhe caráter sagrado, interdita qualquer contato ou referência, quer através da perpetuação do medo, por pudor e/ou outras restrições.

Para Freud (1912-1913), a tradução da palavra tabu, originada do Polinésio, encerra algumas dificuldades, uma vez que o conceito próprio da palavra se perdeu no tempo. Entretanto, ele não se furta à discussão teórica a respeito do tema, o qual considera pertinente à vida psíquica e, portanto, à psicanálise. Faço aqui um pequeno recorte daquilo que Freud propõe em *Totem e Tabu* (1912-1913), a fim de situar a relevância do debate sobre a tabu da morte e do luto na atualidade e, conseqüentemente, o temor e a repulsa que ainda provocam, promovendo veto às suas mais variadas expressões.

O tema do tabu e seu significado são retratados por Freud em duas direções opostas, por um lado como algo santo e consagrado e, por outro, como algo inquietante, perigoso, proibido e impuro. A origem das restrições impostas pelo tabu são desconhecidas, por isso prescindem de qualquer fundamentação, como aquelas oriundas das proibições religiosas ou morais. “Wundt afirma que o tabu é o mais antigo código de leis não escritas da humanidade. Considera-se geralmente que o tabu é mais antigo que os deuses e remonta a épocas anteriores a qualquer religião” (Freud, 1912-1913).

Freud (1912-1913) assevera acerca do caráter contagioso que o tabu adquire, de modo que quem viola sua proibição contrai as características próprias daquilo que é proibido, torna-se ele mesmo proibido. Neste âmbito, ao ponderar sobre o tabu da morte, entrevejo a distância quase que asséptica que costuma ser tomada daqueles que sofrem mediante a perda de alguém e não encontram espaço de expressão para sua dor, ou ainda pior, aqueles que agonizam em solidão, pois tanto o discurso sobre a morte como a própria experiência de morrer acarretam rejeição, resistência e exclusão. O tabu da morte!

A morte é vista geralmente como o pior dos infortúnios; daí se acreditar que os mortos estão muito insatisfeitos com seu destino. Conforme as ideias dos primitivos, uma pessoa morre apenas se for assassinada — por magia ou violência —, e uma morte assim tende a tornar a alma vingativa e irascível. Ela tem inveja dos vivos e anseia pela companhia dos velhos amigos; não surpreende, então, que lhes envie doenças para lhes causar a morte. [...] Mas a noção de que a alma desencarnada é, em geral, um ser maldoso [...] também está, sem dúvida, intimamente relacionada ao medo instintivo dos mortos, que, por sua vez, é resultado do medo da morte (R. Kleinpaul apud Freud, 1912-1913).

Freud (1912-1913) delinea, então, as semelhanças entre o tabu e as proibições obsessivas atuantes nos neuróticos obsessivos, onde são desnecessárias as ameaças ou punições externas, uma vez que o próprio neurótico já possui a certeza dos males que a transgressão acarretará. Identifica alguns fatores atuantes em ambos⁴⁰, tabu e neurose obsessiva: ausência de motivos para os preceitos; reafirmação por uma necessidade interior; caráter deslocável e perigo de contágio pelo proibido; ações cerimoniosas e preceitos advindos das proibições. “*A variedade das manifestações do tabu, que levou às tentativas de classificação já mencionadas, reduz-se para nós a uma unidade: o fundamento do tabu é uma ação proibida, para a qual há um forte pendor no inconsciente*”.

⁴⁰ Freud vai se referir, ainda em Totem e Tabu (1912/1913), ao caráter sexual inerente ao tabu e a neurose obsessiva, no entanto, não iremos aprofundar este aspecto neste trabalho.

“*Em suas manifestações, o tabu apresenta enorme semelhança como medo de contato dos neuróticos, o délire de toucher. Ora, nessa neurose a proibição é normalmente de contato sexual, e a psicanálise mostrou, de modo geral, que as forças instintuais que são desviadas e deslocadas na neurose têm origem sexual. No tabu, o contato proibido tem, claramente, não apenas sentido sexual, mas sobretudo o significado mais geral de ataque, de apoderamento, de afirmação da própria pessoa. Se é proibido tocar no chefe ou em algo que com ele esteve em contato, deve-se impor, com isso, uma inibição ao mesmo impulso que outras vezes se exprime na desconfia da vigilância do chefe, e mesmo nos maus-tratos físicos dele. Assim, a preponderância dos elementos instintuais sexuais é o fator característico da neurose. Mas os próprios instintos sociais surgiram, como unidades particulares, da união de componentes egoístas e eróticos. Esse exemplo de comparação entre o tabu e a neurose obsessiva permite imaginar qual a relação das diversas formas de neurose com as formações culturais, e como o estudo da psicologia das neuroses é relevante para compreendermos a evolução cultural*”.

Posto isto, posso afirmar que o tabu da morte encerra uma proibição à emergência de manifestação e, conseqüentemente, ao afastamento daqueles que ousam quebrar as regras e expressar-se a respeito de sua perda e luto. Não é incomum nos depararmos com situações onde enlutados são convidados a silenciar-se a respeito da pessoa perdida, sob os mais variados pretextos; chorar então nem se fale, pode trazer prejuízos os mais diversos ao morto, e, sobretudo, incomodar aos vivos; e sobre aqueles que ousam romper essas fronteiras ou dedicar-se aos estudos sobre tanatologia e luto são considerados mórbidos, sombrios, taciturnos e fúnebres. Como há anos venho me dedicando aos estudos mencionados, eu mesma já tive a oportunidade de vivenciar isso na própria pele inúmeras vezes, ouvindo as mais absurdas conjecturas e adjetivações em tom pejorativo e carregadas de estigma. Além disso, escutei relatos de diversos pacientes enlutados e outras pessoas também enlutadas, que em adição à própria dor pela perda, ainda tiveram que suportar a inconveniência de aconselhamentos não requeridos, frases inapropriadas, pseudo-diagnósticos, e por ai vai... Ou seja, diante do enlutado parece não haver possibilidades outras que não o afastamento por medo do contágio ou a presença violadora que visa silenciar a dor e o sofrimento pela perda.

Precisamos, então, construir outras possibilidades de lidar com a morte, com aqueles que estão morrendo e com os enlutados. Isso passa, antes de tudo, pelo autoexame. Visto que a morte do outro, além do vazio gerado pela perda, também nos remete à nossa própria finitude, ao fato incontestável de sermos mortais. Mesmo não nos sendo facultado saber o momento exato de nossa morte, o real está posto, não há como remediar. Além disso, a morte ou sua iminência nos situa quanto aos limites da vida e desafia a nossa onipotência, requisito tão investido em nossa cultura e que pode se transpor inclusive para as relações de cuidado profissional, não à toa comumente sermos tomados pela impotência, seu avesso. Em conformidade com o enunciado por Dolto (1985), *“muita gente aceitaria melhor sua morte se os outros não se sentissem culpados diante do prazer que experimentam ao falar dela. Entretanto, quando alguém nos diz: ‘estou para morrer’ respondemos: ‘não diga uma bobagem dessas!’ Para todo mundo falar da morte é uma ‘bobagem’. ‘Por quê?’”*

É, portanto, primordial falarmos e refletirmos sobre a morte e o morrer, criarmos espaços coletivos de compartilhamento sobre as questões inerentes ao luto e seus desdobramentos, incluir este aspecto da vida e seu desenvolvimento em nossas discussões e reflexões cotidianas, conforme Maria Julia Kovács (2005), (nos) *‘educar para a morte’*. E, especialmente, acolher àqueles que precisam.

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade e acompanha o ser humano no seu ciclo vital, deixando suas marcas. Como preparar pessoas para esse fato tão presente na existência? Esse desafio é ainda mais urgente para os profissionais de saúde e educação. Perguntas têm assoberbado a humanidade, e respostas foram trazidas pelas religiões, ciências, artes, filosofias, entretanto, nenhuma delas é completa e universal. É sobre esses questionamentos e reflexões, sobre a busca de sentido à vida que a morte pode oferecer, sobre essa característica ou qualidade humana de questionamentos, de autoconhecimento, que pretendemos falar. A educação é entendida como desenvolvimento pessoal, aperfeiçoamento e cultivo do ser, que também pressupõe uma preparação para a morte, envolvendo comunicação, relacionamentos, perdas, situações-limite, como, por exemplo: fases do desenvolvimento, perda de pessoas significativas, doenças, acidentes, até o confronto com a própria morte. Serão discutidas várias propostas de educação para a morte tanto para o público leigo quanto para os profissionais (Kovács, 2005, resumo).

Nesta perspectiva, traçarei a seguir um panorama geral a respeito do tema sob o prisma histórico e sociológico, visando fundamentar nossa discussão nas teorias de vanguarda a respeito da finitude. Sobretudo, pela influência que muitos destes teóricos exerceram e exercem em meu percurso profissional e também pessoal, marcando a minha maneira de enxergar a morte e especialmente a vida. Influências que certamente inspiram minhas análises sobre a finitude e o luto.

Tanatologia vem do grego: *Thanatos*⁴¹ - da mitologia grega - é o nome dado ao Deus da morte e *logia* é um sufixo que significa estudo. Em termos gerais, refere-se, portanto, ao estudo dos aspectos relacionados à morte. No entanto, como a morte é algo desconhecido, impalpável, inapreensível, uma vez não lhe vivenciarmos diretamente, posso dizer que à tanatologia concernem os processos e fenômenos referentes à morte e ao morrer, não somente os orgânicos, mas os emocionais, psíquicos, culturais, sociais, as reações à perda e ao luto, as suas influências na continuidade da vida, entre outros. Por conseguinte, ao ampliar o conceito e considerar a morte como um processo e uma etapa inerente à vida, ousou inferir tratar-se de uma ciência que estuda os processos inerentes à vida e ao viver e que melhor podemos compreender ao analisarmos a singularidade pessoal e histórica na qual se insere.

Evaldo D'assumpção, médico cirurgião plástico, e também estudioso brasileiro de Tanatologia, apresenta uma definição diferente para tanatologia, como sendo a “ciência que estuda a vida pela ótica da

⁴¹ **Thanatos** (*Tanatos*), ou a **Morte**, é um nome grego masculino. Filho da Noite, que o concebera sem o auxílio de nenhum outro deus, irmão do Sono (Hipnos), inimigo implacável do gênero humano, odioso mesmo aos Imortais, ele fixou a sua morada no Tártaro - <https://www.mitologiaonline.com/mitos-lendas-historias/thanatos-tanatos-morte/>

morte”, sugerindo ainda a renomeação para Biotanatologia, de modo a acrescentar no nome o bio que significa vida. (Lira, 2009)

O poeta francês Maurice Maeterlinck (Melo e Silva, 2018) foi o primeiro a utilizar o termo tanatologia para definir essa área de estudo, na tentativa de compreender os horrores da morte, as torturas e as memórias insuportáveis da dor.

Para o estudo sistematizado da Tanatologia, propõem-se a seguinte subdivisão:

1. Aspectos referentes à medicina forense, portanto, aos conhecimentos médicos e técnicos sobre os efeitos da morte no organismo, suas causas e circunstâncias.
2. Aqueles que tratam do significado da morte, do processo de morrer e do luto, para um indivíduo e seus entes queridos, seja no momento da morte ou mesmo longitudinalmente no decorrer de toda a vida.

Nesta discussão, assim como Lira (2009), pondero que *a “tanatologia não está vinculada ao estudo dos mortos, dos cadáveres, ela se preocupa com os vivos, como eles enfrentam a possibilidade de morte, como eles vivenciam as perdas”*.

Ao longo do tempo, inúmeros especialistas se destacaram no aprofundamento dos estudos sobre tanatologia. Abordarei, ainda neste capítulo, alguns destes importantes teóricos, mais especificamente do luto. Porém, antes disso, presumo ser de suma importância mencionar os pioneiros no campo da Tanatologia, uma vez que fundaram as condições para a discussão das questões inerentes à finitude, desbravando o caminho para os seus sucessores.

O primeiro, William Osler (1849-1919) foi um médico Canadense considerado o “pai” da medicina interna / clínica médica, e dedicou-se ao estudo da morte e seus correlatos: suicídio, eutanásia e luto, ocupando-se não só das patologias, mas das pessoas que a portavam. Quando acompanhava pessoas ao fim de vida, por exemplo, buscava diminuir-lhes o sofrimento, o que lhe concedeu o título de humanista. *“Ele propunha que nenhuma morte deveria ser sofrida, mas sim tão natural quanto o nascimento. Fazia uso de medicações, como a morfina, para tentar amenizar as dores dos pacientes, e defendia que a morte deveria ser digna, sem sofrimento desnecessário”* (Lira, 2009).

Como professor da Universidade Johns Hopkins desenvolveu um método de ensino de medicina denominado natural, ou seja, “*começa com o paciente, continua com o paciente e termina no paciente, usando livros e aulas como ferramentas, e como meio para servir ao paciente. (...) E defendia a importância da educação do coração*”. (Guarischi, 2020). Outrossim, Osler chegou a sofrer com a perda de seu único filho, aos 22 anos de idade, ferido na Primeira Guerra Mundial, ocasião em que lutou como tenente, vindo a óbito dois anos depois de pneumonia. Credita-se a essa perda muito da sua maneira de olhar o sofrimento do outro diante da morte.

Hermann Feifel (1915-2003), psicólogo americano, reconhecido internacionalmente pelo seu empenho e dedicação aos estudos e pesquisas sobre o tema da morte e do morrer, foi outro estudioso de tanatologia que contribuiu para quebrar o tabu que desencorajava o estudo científico sobre o tema, transformando assim a maneira de pensar sobre a morte, sobre o tratamento aos moribundos e aos enlutados e sobre a própria vida. Em seu livro *The meaning of death* (1959) derrubou mitos, sustentados por cientistas e profissionais, sobre a morte e a negação da sua importância para o comportamento humano, introduzindo a ideia de ‘*repressão da morte*’. O livro inclui textos sobre filosofia, arte, religião, sociologia e inclui artigos de vários autores conhecidos como Jung, A alma e a morte, e Marcuse, A ideologia da morte, entre outros (Kovács, 2008).

Alguns acontecimentos pessoais e profissionais parecem ter corroborado o estabelecimento de sua consciência sobre a morte, entre eles:

- Visualizar o corpo de seu tio morto, em casa, quando ainda era criança;
- Assistir, na adolescência, ao filme de 1934 "*Death Takes Holiday*", em que Fredric March assume a personificação humana da morte, tira férias na Terra e se apaixona;
- Trabalhar em tempos de guerra⁴² (a partir de 1942), como psicólogo da aviação, selecionando equipes de voo para missões de combate, onde pôde ocupar-se com o medo (ou ausência dele) da morte nos pilotos;

⁴² Inclusive foi baleado durante a Guerra.

- Assistir ao filme *Enola Gay*⁴³, em 1945 enquanto designado na ilha Tinian, que retrata a inauguração da era atômica a partir da explosão da bomba de Hiroshima;
- Reconhecer que milhões de colegas judeus foram massacrados no Holocausto também aumentou seu interesse pela morte e o morrer;
- A perda de sua mãe em 1952, acontecimento que segundo ele, colocou a morte verdadeiramente em seu intestino.

Outra importante estudiosa do tema, Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004), renomada psiquiatra suíça, desenvolveu um trabalho sensível e intimista com pacientes gravemente enfermos⁴⁴, dedicando-se a escutá-los. Desenvolveu, a partir desta escuta, um arcabouço teórico-conceitual sobre as cinco fases ou estágios do luto mediante a própria morte, conhecido como modelo Kubler – Ross: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação; e também sobre a comunicação dos profissionais com os pacientes nestes estágios. Ela ponderava que a esperança era transversal a todos os estágios, ajudando os doentes a suportar o sofrimento e a viver o dia-a-dia até o final. Considero as contribuições de Kubler-Ross fundamentais à comunicação de notícias difíceis aos pacientes e seus familiares, na medida em que os considera e inclui como sujeitos ativos e atuantes no processo de adoecimento e morte, devendo ser escutados e providos de todos os cuidados que se fizerem necessários, mesmo que não haja possibilidades curativas. Kubler-Ross reconhece também as implicações presentes no contato ou afastamento dos profissionais com pacientes ao fim de vida e com as questões intrínsecas ao processo de finitude. Não adoto os estágios propostos por Kubler-Ross como fases estanques e/ou determinísticas, mas como reações possíveis e passíveis de acontecer com pessoas diante

⁴³ “*Enola Gay* foi o nome dado a um bombardeiro B-29 em homenagem a Enola Gay Tibbets, a mãe do piloto da aeronave, o coronel Paul Tibbets, que selecionou o avião enquanto ele ainda estava na linha de montagem. Em 6 de agosto de 1945, durante os estágios finais da Segunda Guerra Mundial, o *Enola Gay* tornou-se o primeiro avião a lançar uma bomba atômica. A bomba, cujo codinome era *Little Boy*, teve como alvo a cidade de Hiroshima, no Japão, e causou uma destruição sem precedentes. A aeronave participou do segundo ataque atômico como um avião de reconhecimento climático para o alvo inicial de Kokura. No entanto, nuvens e fumaça fizeram com que o alvo fosse mudado para a cidade de Nagasaki, que foi bombardeada pelo B-29 *Bockscar*”. https://pt.wikipedia.org/wiki/Enola_Gay

⁴⁴ As obras de Kubler Ross desenvolvidas acerca das experiências dos pacientes com câncer em estágio avançado são muito conhecidas, especialmente o seu notório livro “Sobre a Morte e o Morrer” (1969). No entanto, no decorrer de sua carreira, a psiquiatra realizou um devotado e sensível trabalho clínico também com pacientes portadores de HIV-AIDS, diga-se num período de extremo preconceito (*A Roda da Vida*, 1997). O que lhe rendeu inclusive, a perda de vários escritos e o fim de seu trabalho junto a esses pacientes, após o incêndio criminoso impetrado pela comunidade local, ao seu sítio, local onde realizava esses cuidados. Em seu livro “AIDS: O Desafio Final” (1987), Kubler Ross faz o relato de suas experiências de trabalho junto aos pacientes soropositivos demonstrando ser possível um tratamento mais humanizado.

da própria morte ou a morte do outro, não necessariamente linearmente e em todos os seus componentes. Como veremos ainda neste capítulo, outros estudiosos do luto também utilizam a proposta de fases, estágios ou etapas, e creio que a sua validade reside na constatação de que há um conglomerado de reações presentes no luto. Algumas destas reações se personificam especialmente nas etapas iniciais desse processo e outras se intensificam quando o luto se complica.

Kubler-Ross também se dedicou ao estudo das experiências de quase morte (EQM), recebidas com ceticismo por médicos e cientistas, entrevistando milhares de pessoas que alegavam ter passado por essa experiência. Apesar de darmos ou não crédito a essas experiências, é inegável a capacidade de Kubler-Ross em debruçar-se sobre o desconhecido, sobre a morte e, especialmente, louvável sua sensibilidade e flexibilidade na escuta aos seus pacientes. Mesmo aquilo que, a princípio, pudesse parecer intangível e sujeito ao estigma não a detinha. Isto em muito me remete ao trabalho realizado em Saúde Mental, na escuta à clientela psicótica e aos enigmas por eles apresentados através de suas produções delirantes.

Se déssemos ao relacionamento humano e interpessoal a ênfase que dispensamos ao ensino dos novos avanços técnicos e científicos, não há dúvida de que faríamos progresso, mas não se este novo conhecimento for ministrado ao estudante à custa de um contato interpessoal cada vez menor (Kubler-Ross, p. 16, 1969/2005).

Kubler Ross era filha trigêmea e, naquela época, de acordo com os valores culturais de sua família, era comum que crianças fossem tratadas de forma idêntica, o que exigiu dela um grande esforço para ser reconhecida em sua singularidade. Esse esforço por reconhecimento parece ter delineado também sua trajetória profissional, ao dar voz ao sofrimento de cada pessoa ao se defrontar com a proximidade da morte e com o processo de luto. Para a autora, antes de abordar o paciente gravemente enfermo, é necessário refletir profundamente sobre a própria postura diante da morte, de modo que a abordagem seja serena e sem medo. (...) *“Talvez eu queira dizer o seguinte: podemos ajudá-los a morrer, tentando ajudá-los a viver, em vez de deixar que vegetem de forma desumana”* (Kubler-Ross, p. 25, 1969/2005).

A origem do seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* (1969) remonta a 1965, ocasião em que a psiquiatra trabalhou no departamento de psiquiatria do Billings Hospital da Universidade de Chicago. Neste cenário, fora abordada por quatro estudantes de teologia que desejavam estudar uma das maiores crises do ser humano, ou seja, a sua morte. Diante desta demanda,

deram início ao *Seminário Interdisciplinar sobre a Morte e o Morrer* por meio de entrevistas realizadas junto aos pacientes.

Decidimos que a melhor forma de se estudar a morte e o morrer era pedir que os pacientes fossem nossos professores, examinaríamos suas reações e necessidades, avaliaríamos o comportamento dos que os cercavam e procuraríamos nos aproximar o máximo possível do moribundo (*Kubler-Ross, p. 26, 1969/2005*).

Em sua biografia, destaca-se o seu contato com a morte desde a infância, inclusive a morte de crianças, o que relatou em sua autobiografia⁴⁵. Uma destas narrativas refere-se a⁴⁶ sua internação devido a uma pneumonia aos cinco anos de idade. Nesta ocasião, uma criança gravemente enferma de seis anos de idade esteve internada ao seu lado e lhe confidenciou que morreria no prazo de vinte e quatro horas. Esta se constitui, inclusive, como a sua primeira experiência com a morte. Outra história narrada em sua autobiografia refere-se à morte de um vizinho e amigo dos pais após a queda de uma macieira, pontuando a paz e dignidade com que este morrera em casa cercado de atenção e carinho. Situações que demonstram o fato de Kubler-Ross crescer em contato direto com a realidade da morte.

Além desses fatores, após o fim da Segunda Guerra Mundial, Kubler-Ross foi trabalhar como voluntária em uma missão de paz na Polônia, cuja finalidade era a reconstrução do pós-guerra. Nesta época, entrou em contato com alguns dos horrores da Guerra, o que reforçou sua postura de ajuda às pessoas, especialmente àquelas mais debilitadas.

Aqueles que tiveram a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo, com o silêncio que vai além das palavras, saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo. Observar a morte em paz de um ser humano faz-nos lembrar uma estrela cadente, É uma entre milhões de luzes do céu imenso, que cintila ainda por um breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim. Ser terapeuta de um paciente que agoniza é nos conscientizar da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida. Poucos dentre nós vivem além dos setenta anos, ainda assim, neste curto espaço de tempo, muitos dentre nós criam e vivem uma biografia única, e nós mesmos tecemos a trama da história humana (*Kubler-Ross, p. 282, 1969/2005*).

⁴⁵ A Roda da vida – 1998

⁴⁶ No capítulo três: Um anjo moribundo

Indubitavelmente, Kubler-Ross foi uma mulher e uma profissional à frente de seu tempo, que lutou pelos direitos dos doentes a uma morte e vida dignas (vivo até morrer), assim como enfrentou numerosas questões de gênero.

Por fim, no âmbito nacional, o pioneirismo no campo da Tanatologia pode ser atribuído à psicóloga Wilma da Costa Torres (1934-2004), precursora nos estudos e sistematização dos conhecimentos em tanatologia. Na década de 1970, surgiram suas primeiras publicações sobre o tema nos *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Primeiro, criou o Instituto de Seleção e Orientação Profissional (ISOP) da FGV, um acervo de dados bibliográficos sobre o tema. Com o fechamento do ISOP, Wilma criou o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tanatologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) destinado aos diferentes níveis de formação. Sua principal área de pesquisa foi a morte em crianças, tema de total relevância, visto até os tempos atuais ainda comportar tanto estigma e medo.

Como podemos constatar a partir desta breve apresentação dos principais estudiosos em tanatologia, não foram poucos, tampouco incomuns os desafios enfrentados na busca por melhores condições de vida ao final da vida e por uma morte digna. Foi preciso muito esforço e coragem para enfrentá-los e aos preconceitos dos próprios profissionais em saúde, especialmente médicos. Apesar disso, ainda temos uma longa trajetória a percorrer no sentido da desmistificação da morte, do conforto ao final da vida, no reconhecimento ao luto, na desconstrução de preconceitos, etc. Entretanto, eles criaram brechas nas estruturas impermeáveis de poder, gerando possibilidades onde antes não havia nada, e demarcaram a necessidade de educação para a morte, da qual os profissionais em saúde não podem se isentar. Educação esta que, conforme Osler, é também a educação do coração e que, de acordo com Kubler-Ross envolve, muito além das técnicas e tecnologias, o relacionamento humano e interpessoal. Ou seja, as tecnologias relacionais.

Ademais, suas próprias experiências pessoais em torno da morte contribuíram na constituição daquilo que se tornaram e, conseqüentemente, na luta pelos direitos dos pacientes de morrer de forma digna e de serem escutados em suas necessidades. Entre outras coisas, isto significa não morrer só, isoladamente, desamparado, excluído, como se já morto, morto em vida, morto-vivo. E também implica em poder viver o próprio luto, seja ele pela própria morte que se aproxima, seja daqueles a quem amamos ou ainda daqueles a quem dispensamos cuidados, investimos em disponibilidade e atenção. Os autores mostraram, assim, o seu lado

curador ferido e as perdas que os afetaram, seus lutos, sem vergonha ou medo. Demonstraram, com isso, que não somos - mesmo nós profissionais em saúde - imunes a dor pela perda, muito pelo contrário, somos por ela atravessados. Por isso, sobretudo por isso, se torna imperativo conciliarmos-nos com nossas próprias perdas, vivenciarmos nossos lutos, não negar ou sobrepujar a morte, substituindo assim a atitude belicosa de disputa com a morte pelo cuidado, inclusive o cuidado de si.

(...) Cê sabe que a vida é um tecido fino, pois a qualquer momento pode se, rasgar. Talvez não seja nada, seja só o destino. Era simplesmente a hora de tudo acabar (Sant, Thiago Mac, Maria, Lord, Choice⁴⁷).

3.2 A morte nossa de cada dia

Em seu célebre livro ‘O Homem diante da Morte’ de 1977, o historiador Phillipe Ariès inicia com a seguinte assertiva: “*Todos nós Morremos*”. Já o reconhecido sociólogo Norbert Elias em seu livro ‘A Solidão dos Moribundos’ afirma: “*Há várias maneiras de lidar com o fato de que todas as vidas, incluídas as das pessoas que amamos, têm um fim*”. Ou seja, a morte é um fato incontestável, todos nós morreremos um dia, e não há idade pré-estabelecida e sequer fim pré-determinado para a morte, não nos é dado de antemão conhecer o momento ou a maneira com que morreremos. Tão certo quanto o fato de que todos nós morreremos é a realidade de que há várias maneiras de se lidar com a morte daqueles que são importantes para nós e com a própria morte.

Entretanto, a maneira singular com que cada um lida com a morte e com a perda não está atrelada tão somente à constituição do sujeito em sua individualidade, mas também a fatores biopsicossociais e culturais. Na contemporaneidade, por exemplo, a morte encerra um tabu – o tabu da morte – não à toa cada vez mais tecnologizada e vivida isoladamente, assim como evitada em suas manifestações de pesar.

Quando escolhemos lidar com o medo virando as costas àquilo que o causa, como no caso do medo da morte, somente aumentamos esse medo, perpetuando os problemas e perdendo a oportunidade para nos prepararmos para aquilo que é mais constante na vida, a mudança. Os tempos de crise e de transição são também tempos de oportunidade e todas as mudanças pelas quais passamos têm o potencial de serem benéficas (Frade, in Barbosa [org] et al, 2013).

⁴⁷RAP: Capricorniana Poesia Acústica #3 – Sant com participação de Thiago Mac, Lord, Maria e Choice.

Segundo Elias (1982), entre as várias maneiras de se lidar com a morte, a mais antiga é a sua mitologização pela ideia de outra vida no Hades, Valhala, Paraíso ou Inferno. Outra forma de evitar a ideia da morte é tentar afastá-la de nós, tanto quanto possível, seja encobrindo-a, reprimindo-a ou, ainda, assumindo a crença inabalável em nossa própria imortalidade. Outrossim, podemos encarar a morte como fato de nossa existência e ajustar nossas vidas e nosso comportamento às pessoas ao nosso redor e às perdas que se seguem.

Podemos considerar parte de nossa tarefa fazer com que o fim, a despedida dos seres humanos, quando chegar, seja tão fácil e agradável quanto possível para outros e para nós mesmos, e podemos nos colocar o problema de como realizar essa tarefa (Elias, N. 1982).

Ariès (1977) remonta à Idade Média para contextualizar historicamente como a humanidade lidava com a morte desde esses idos tempos, especificando e descrevendo as características inerentes a cada época, esclarecendo, ao mesmo tempo, não se tratarem de estruturas rígidas, ao contrário, composta de inúmeros elementos. Porém, com características que sobreviveram às pressões evolutivas por dois milênios:

- a) A Morte Domada – termo cunhado para definir a atitude de aceitação mediante a morte, que era vista como familiar, próxima e previsível. Acreditava-se, portanto, que a morte avisava quando da sua chegada, por isso não podia ser súbita. Deste modo, quando repentina e sem anúncio, rompia a ordem natural do mundo em que acreditavam, irrompendo como instrumento do acaso, disfarçado em cólera divina. E por essa razão era considerada vergonhosa e infame.

Sendo assim, a distância entre a morte e a vida não era sentida como uma transgressão ou uma ruptura diante de um “*abismo sem memória*”, não se atribuía a ideia de negatividade absoluta a morte, e desta maneira não se sentia a vertigem e angústia existenciais. Não se acreditava, além disso, em uma sobrevivência pós-morte como uma continuidade da vida em curso.

É por essa razão que, ao chamarmos essa morte familiar de morte domada, não queremos dizer com isso que antes ela tenha sido selvagem e, e, seguida, domesticada. Queremos dizer, pelo contrário, que ela se tornou hoje selvagem, enquanto anteriormente não o era. A morte mais antiga era domada (Ariès, 1977, p. 31 – vol. I).

- b) A Morte Selvagem – neste contexto não mais se acreditava no papel do aviso sobre a morte e, mesmo que o doente estivesse acamado e moribundo, já não

havia as despedidas no leito e outros dramas concernentes ao período anterior. “*Não é, pois, no momento da morte nem na proximidade da morte que se torna preciso pensar nela. É durante toda a vida*⁴⁸”. Neste sentido, conforme Jean de Vauzelles (1958), “*a vida terrestre era a preparação para a vida eterna, como os nove meses de gestação são a preparação para a vida terrena. A arte de morrer é substituída pela arte de viver*⁴⁹”. Sendo assim, o quarto do moribundo perde o valor, nele nada acontece e sim no transcorrer da vida vivida até aquele momento.

Mas que vida? Não importa qual. Uma vida dominada pelo pensamento da morte, e uma morte que não é o horror físico ou moral da agonia, mas a antvida, o vazio da vida, incitando a razão a não se lhe apegar: eis porque existe uma relação estreita entre bem viver e bem morrer (Ariès, 1977, p. 330).

De acordo com Ariès (1977), a morte continuou sendo um momento forte a ocorrer na vida cotidiana, muito embora dos séculos XVI ao XVIII se buscasse não admitir isso, além de tentar diminuir sua intensidade. A morte perdeu seus poderes quase mágicos e irracionais, tanto no caso de morte súbita como da morte violenta, que se banalizaram. Esta repugnância e desprestígio da morte marcou os costumes.

(...) o modelo da boa morte, a morte bela e edificante, que sucede ao da morte das artes medievais, no quarto invadido pelos poderes do céu e do inferno, pelas lembranças da vida e pelos delírios diabólicos. É a morte do justo, aquele que pouco pensa na sua própria vida: não tem nem a agitação nem a intensidade daquela das *artes moriendi* da baixa Idade Média (Ariès, 1977, p. 340).

- c) A Morte do Outro – no campo e no meio dos pobres se conserva a tradição de familiaridade com a morte (morte domada), enquanto que na cidade e entre os ricos e instruídos tende-se a aumentar as significações e virtualidades da morte (morte de si mesmo). Contudo, a atitude geral nos séculos XVII e XVIII é a de desviar a atenção do fim último para a vida inteira, oscilando entre a nostalgia da morte simples e familiar de outrora e o desejo de experimentar a “*doçura narcótica*⁵⁰” e a paz maravilhosa.

Os homens temem a morte como as crianças temem as trevas e somente porque se assustou sua imaginação com fantasmas tão vãos quanto

⁴⁸ Phillipe Ariès, 1977, volume II, página 329.

⁴⁹ Jean Vaunezelles (1958) apud Phillipe Ariès, 1977, volume II, página 329.

⁵⁰ Ariès, 1977, volume II - pág. 448

terríveis. O aparato dos últimos adeuses, as lágrimas de nossas almas, o luto e a cerimônia dos funerais, as convulsões da máquina que se dissolve, eis o que tende a nos assustar (Áries apud Rousseau, 1977, p. 448).

Ainda assim, em contraponto às interdições da morte na época, o século XIX é marcado por grandes lutos e encenações dramáticas. *“Além disso, desliza-se da recusa das superstições e dos ritos medievais de preparação para a morte, em direção às grandes liturgias da morte romântica⁵¹”*.

Áries indica ter havido, neste período, uma revolução do sentimento. Cristãos e devotos e incrédulos inventam um novo paraíso, perseverando a crença na continuidade das amizades após a morte e, conseqüentemente, as lembranças do morto com intensidade sentimental. A afetividade domina o comportamento. *“Um único ser nos falta e tudo fica despovoado. O sentimento do outro tomou, então, uma primazia nova⁵²”*.

A partir do século XVIII, a afetividade é ao contrário, inteiramente concentrada, desde a infância, sobre alguns seres que se tornam excepcionais, insubstituíveis e inseparáveis (Ariès, 1977, vol. II, p. 514).

Não sendo a morte o fim do ser querido, por mais dura que seja a dor do sobrevivente, não é feia nem temível. É bela a belo o morto. A presença junto ao leito de morte constitui, no século XIX, mais do que participação habitual em uma cerimônia social ritual; ela é assistência a um espetáculo reconfortante e exaltante; a visita à casa do morto tem qualquer coisa de uma visita a um museu: como é belo! Nos quartos mais banais das burguesias ocidentais, a morte acabou coincidindo com a beleza, última etapa de uma evolução que começou muito suavemente com os belos jacentes⁵³ da Renascença e que continuou no estetismo barroco. Mas tal apoteose não deve nos dissimular a contradição que ela contém: essa morte já não é a morte, e sim uma ilusão da arte. A morte começou a se esconder, apesar da aparente publicidade que a cerca, e no luto, no cemitério, na vida como na arte ou literatura: ela se esconde sob a beleza (Ariès, 1977, volume II, p. 514/515).

Além dos mais, a morte é associada ao mal, tanto na vida cristã como na comum, momento de orientação trágica entre o céu e o inferno (este destinado somente aos estranhos e adversários). A morte não é apenas a separação do outro, mas a abordagem do insondável, comunhão com o cosmos infinito e com as fontes do ser.

⁵¹ Ariès, 1977, volume II, pág. 449

⁵² Ariès, 1977, volume II, pág. 514

⁵³ Que jaz; que está deitado, estirado, estendido, prostrado, imóvel – Dicionário informal.

- d) A Morte Invertida – “*Onde a morte se esconde*”⁵⁴. Ariès (1977) descreve que no século XX, até o início da primeira guerra mundial em 1914, em todo o ocidente, a morte produzia mudanças solenes no tempo e no espaço de um grupo social, podendo se estender a uma comunidade inteira. Nesta ocasião, se fechavam as venezianas do quarto do agonizante; acendiam-se velas; colocava-se água benta; a casa era tomada por vizinhos, parentes e amigos que mantinham postura séria e sussurravam entre si. Após a morte, se afixava na entrada um aviso de luto⁵⁵ e pela porta entreaberta entravam todos aqueles que, por amizade ou convenção, se sentiam obrigados a uma visita. O serviço na igreja reunia toda a comunidade, e depois do longo desfile de pêsames, um longo cortejo acompanhava o caixão ao cemitério.

Quanto ao período de luto, era cheio de visitas, da família ao cemitério e dos parentes e amigos à família. Depois, pouco a pouco, as visitas iam se espaçando e a vida retomando o curso normal.

O grupo social tinha sido atingido pela morte e reagira coletivamente, a começar pela família mais próxima, estendendo-se até com círculo mais amplo das relações e das clientelas. Não só todos morriam em público, como Luís XVI, como também a morte de cada um constituía acontecimento público que comovia, nos dois sentidos da palavra - o etimológico e o derivado - a sociedade inteira: não era apenas um indivíduo que desaparecia, mas a sociedade que era atingida e que precisava ser cicatrizada (Ariès, 1977, volume II, p. 612).

Todas as mudanças que modificaram a atitude diante da morte, durante um milênio, não alteraram essa imagem fundamental, nem a relação permanente entre a morte e a sociedade: a morte foi sempre um fato social e público. Ela assim permaneceu até hoje, em várias áreas do ocidente latino, e não é certo que esse modelo tradicional esteja condenado a desaparecer. Contudo, já não tem caráter de generalidade absoluta que fora o seu, fossem quais fossem a religião e a cultura. Uma forma absolutamente nova de morrer surgiu durante o século XX, em algumas das zonas mais industrializadas, urbanizadas e tecnicamente adiantadas do mundo ocidental, e, sem dúvida, estamos presenciando apenas os seus primórdios (Ariès, 1977, volume II, p. 613).

Segundo Áries, o que muda é o caráter de oposição a tudo o que o precedera, nada mais anuncia o acontecimento da morte, exceto dos chefes de Estado, a sociedade não mais faz uma pausa, pois o desaparecimento de um indivíduo não mais afeta a sua continuidade. A morte toma caráter negativo onde a imagem é invertida. “*Tudo se passa na cidade como se ninguém*

⁵⁴ Ariès, 1977, volume II, pág. 612

⁵⁵ Segundo Áries, 1977, esse hábito substituíu a antiga exposição do corpo ou do caixão na porta.

*morresse mais*⁵⁶”. Instala-se a dissimulação, o que tinha por objetivo afastar ou retardar qualquer manifestação pública⁵⁷.

O que se experimenta, portanto, é uma inversão total dos costumes, o que é percebido socialmente e se torna consciente, em virtude da rapidez e brutalidade da mudança. “*Expulsa da sociedade, a morte volta pela janela: volta tão depressa como desaparecera*⁵⁸”.

Como pode-se constatar através da obra espetacular de Leon Tolstói - A morte de Ivan Ilitch (1886), o moribundo sabe de sua condição, não é preciso que lhe digam. Toda a sua condição: odores, apatia, indisposição, dores e, sobretudo, o seu entorno demarcado por isolamento, solidão, silenciamento, dependência total, repulsa e complacência, denunciam sua condição de espreita da morte. A morte se torna suja e inconveniente.

Cada um é, portanto, cúmplice de uma mentira que acaba levando a morte à clandestinidade. O moribundo e seus familiares representam, entre eles, a comédia do “nada mudou”, da “vida continua como dantes”, do “tudo ainda é possível”. Trata-se da segunda etapa da tomada de responsabilidade do moribundo pela família, que começara, muito antes, nas classes superiores desde o fim do século XVIII, quando o moribundo renunciou se impor, por um ato de direito, suas últimas vontades e as confiou diretamente aos herdeiros, isto é, deu-lhe um crédito e confiança (Ariès, 1977, volume II, p. 615).

Inicia-se o processo de medicalização e com ele a mentira acerca do diagnóstico e prognóstico, visando-se assim a manutenção da banalidade cotidiana com suas trocas patéticas e afastamento das emoções. Acreditava-se, assim, contribuir para que o doente mantivesse sua moral e forças. A posteriori, a morte é transferida para o hospital.

O médico prestava-se à comédia, parecia dizer ele também: você está se preocupando à toda, Vamos tratar disso. Ainda depois de uma última consulta a grandes especialistas, e apesar do agravamento do estado, todo mundo tinha medo de dissipar subitamente a mentira, corrigindo-a, e de fazer aparecer assim a clara realidade (Ariès, 1977, volume II, p. 621).

A morte já não causa medo apenas por causa de sua negatividade absoluta, provoca náuseas como qualquer espetáculo repugnante. Torna-se inconveniente como os atos biológicos do homem, as secreções do corpo. É indecente torna-la pública. Já não se toplera deixar entrar qualquer um no quarto com cheiro de urina, suor, gangrena, ou com lençóis sujos. É preciso impedir o acesso, exceto a alguns íntimos, capazes de vencer o nojo, e aos que prestam serviços. Uma

⁵⁶ Ariès, 1977, volume II, pág. 613

⁵⁷ Neste âmbito até o chamado pelo padre é adiado, de modo a não impressionar o doente, e a extrema-unção deixa de ser o sacramento dos moribundos, para ser dos mortos - Ariès, 1977.

⁵⁸ Ariès, 1977, volume II, pág. 613

nova imagem da morte está se formando: a morte feia e escondida, e escondida por ser feia e suja (Ariès, 1977, volume II, p. 622).

Logo, a morte é excluída da cena cotidiana e transferida para o hospital. “*Hoje a morte e o luto são tratados com a mesma pudicícia que os impulsos sexuais há um século*⁵⁹”. As expressões públicas, assim como as expressões privadas muito insistentes e longas, são consideradas de natureza mórbida. As lágrimas são substituídas por crises de nervos, o luto transvestido como doença e aquele que o demonstra, um fraco de caráter.

É bem evidente que a supressão do luto não se deve à frivolidade dos sobreviventes, mas a um constrangimento impiedoso da sociedade; esta recusa-se a participar da emoção do enlutado: maneira de recusar, de fato, a presença da morte, mesmo que se admita, em princípio sua realidade. Foi, na minha opinião, a primeira vez que a recusa se manifestou assim tão abertamente. Desde algum tempo, subia nas profundezas onde fora reprimida, para a superfície, sem ainda atingi-la. A partir de então, manifesta-se em plena luz do dia, como uma traço, significativo da nossa cultura. Agora, as lágrimas do luto se equiparam às excreções da doença. Umas e outras são repugnantes. A morte é excluída (Ariès, 1977, volume II, p. 633).

Ao transitar pelo sistema de crenças e costumes socioculturais sobre a morte e o morrer e, portanto, sua exclusão, Áries (1977) revela a indecência do luto, especialmente após os rituais de sepultamento. A dor da saudade deve permanecer internalizada pelos sobreviventes e não se manifestar publicamente, ao contrário do que se exigia anteriormente quando a morte era domada. Consequentemente, a dor pela perda é vivida no âmbito do ambiente privado e com a discrição que a sociedade exige.

Ariès (1977) cita a distinção efetuada por Gorer (1965) no que se refere aos enlutados:

1. Aquele que consegue esconder publicamente a sua dor – neste caso, o enlutado se obriga a proceder como se nada tivesse acontecido, prosseguindo com sua vida normal sem qualquer interrupção;
2. Aquele que esconde dos outros, guardando-a para si – neste caso, nada transparece externamente e o luto subsiste em particular. “*Como as pessoas se despem e repousam na intimidade*”. Atitude esta mais aprovada pelo senso comum;

⁵⁹ Ariès (1977) apud Gorer (1965), volume II, pág. 633

3. Aquele que a deixa aparecer livremente – neste caso, o enlutado obstinado é impiedosamente excluído como um louco.

O próprio G. Gorer teve ocasião de sentir o julgamento da sociedade depois da morte do irmão. “Várias vezes recusei o convites para coquetéis explicando que estava de luto. As pessoas estão respondiam-me com embaraço, como se lhes tivesse dito alguma incongruência obscena. Realmente tinha a impressão de que se eu tivesse alegado algum encontro equívoco, para declinar o convite, teria sido mais bem compreendido e receberia um jovial estímulo. Pelo contrário, essas pessoas embora bem educadas, murmuravam algumas palavras e tratavam de se retirar”. Ficavam sem saber como se comportar numa situação que se tornara insólita. “Não tinham indicações tiradas de um ritual sobre a maneira de se comportar em relação a uma pessoa que dizia estar de luto. (...) Temiam, segundo penso, que eu não me controlasse e me entregasse à minha dor, levando-os, então, a um acesso de emoção desagradável” (Ariès, 1977 – volume II – p. 632).

Todavia, Ariès (1977) demarca uma mudança na segunda metade do século XX, com a restituição da dignidade ao moribundo até então alienado, visando-se assim melhores condições para se morrer. E destaca, inclusive, a importância de Elisabeth Kubler-Ross (1969) com a publicação do seu belo⁶⁰ livro: *Sobre a Morte e o Morrer*, o qual sacudiu a América e a Inglaterra. Como vimos anteriormente, sua obra modificou o olhar sobre as pessoas com doenças em estágio avançado ou terminal, sobre a finitude e o luto, assim como acerca da relação de cuidado dos profissionais com esses pacientes. Por conseguinte, Ariès atesta que uma das condições desse reconhecimento é que o moribundo seja informado sobre o seu estado⁶¹.

A questão essencial é a dignidade da morte. Essa dignidade exige, em primeiro lugar, que a morte seja reconhecida não apenas como um estado real, mas como acontecimento essencial, que não se permite escamotear (Ariès, 1977 – volume II – p. 643).

Porém, Ariès (1977) não encerra sua análise exaltando essas mudanças, pelo contrário, revela que há pouca diferença entre falar abertamente da morte ao invés de escondê-la, pois a exibição supostamente natural da morte atinge o mesmo objetivo que o silêncio da interdição: abafar a emoção, dessensibilizar o comportamento. Ambas as atitudes respondem, assim, ao mal-estar provocado pela persistência da morte, num mundo que elimina o mal moral e o mal físico. Desta forma, a escolha flutua entre o interdito à morte, com sua exclusão da cena cotidiana, e a sua aceitação como fato técnico, porém reduzido a uma coisa qualquer, tão

⁶⁰ Adjetivação atribuída por Ariès, a qual concordo plenamente.

⁶¹ Uma discussão quente neste campo refere-se a Comunicação de Más Notícias ou Notícias Difíceis, que não se restringe ao componente verbal informativo, mas todo um aparato tecnológico, onde as tecnologias leves ganham relevo.

insignificante quanto necessária. Impera, portanto, o modelo de medicalização da sociedade com o poder incontestável da técnica. E neste aspecto, o distanciamento entre profissional-paciente ainda é o imperativo, de tal modo que o paciente não é mais do que o objeto do outro.

O problema social da morte é especialmente difícil de se resolver porque os vivos acham difícil identificar-se com os moribundos (Norbert Elias, 1982, pag. 9).

Norbert Elias (1982), eminente sociólogo, também se debruçou sobre o tema da morte e da correspondente solidão que pode encerrar, especialmente na velhice. Muito embora reconheça o valor da obra de Phillipe Ariès enquanto evidência histórica, contesta e faz um contraponto a sua seleção e interpretação dessas evidências, as quais considera que deveriam ser analisadas cuidadosamente, pois parciais. De acordo com Elias, Ariès transmite a ideia de que antigamente as pessoas morriam serenas e calmas, diferentemente do presente, “*num espírito romântico olha com desconfiança para o presente inglório em nome de um passado melhor*⁶²”.

Se comparada a vida nos Estado-nação altamente industrializados, a vida nos Estados feudais medievais era – e, é, onde tais Estados ainda existem no presente – apaixonada, violenta e, portanto, incerta, breve e selvagem. Morrer pode significar tormento e dor. Antigamente as pessoas tinham menos possibilidades de aliviar o tormento. Nem mesmo hoje a arte e a medicina avançou o suficiente para assegurar a todos uma morte sem dor, mas avançou o suficiente para permitir um fim mais pacífico para muitas pessoas que outrora teriam morrido em terrível agonia (Elias, 1982, p. 20).

Refere-se ainda ao crescimento das cidades e às pestes que assolavam a Europa, traduzidas em medo e insegurança reforçados por pregadores e frades mendicantes.

A morte não é terrível. Passa-se ao sono e o mundo desaparece – se tudo correr bem. Terrível pode ser a dor dos moribundos, terrível também a perda sofrida pelos vivos quando morre uma pessoa amada. Não há cura conhecida. Somos parte uns dos outros. Fantasias individuais e coletivas em torno da morte são frequentemente assustadoras (Elias, 1982, p. 76).

Todavia, Elias (1982) corrobora que a morte era um tema mais aberto, presente, familiar, menos oculto e frequente na Idade Média do que na contemporaneidade. Entretanto, não quer dizer que fosse mais pacífico. Os contrastes eram mais marcados do que os atuais, o medo da punição depois da morte e a angústia quanto à salvação da alma se apoderava de ricos e pobres. Além disso, nas épocas antigas, morrer era uma questão mais pública, até porque era menos comum que as pessoas estivessem sozinhas. Acrescenta que aquilo que reconfortava os

⁶² Elias, N., 1982, pág.19.

moribundos no passado era a presença das pessoas, no entanto, isso dependia de suas atitudes, uma vez que as pessoas eram capazes tanto de gestos generosos quanto de crueldades bárbaras, consideração ou indiferença aos tormentos alheios.

Em resumo, a vida na sociedade medieval era mais curta; os perigos, menos controláveis; a morte, muitas vezes mais dolorosa; o sentido da culpa e o medo da punição depois da morte, a doutrina oficial. Porém, em todos os casos, a participação dos outros na morte de um indivíduo era mais comum. Hoje sabemos como aliviar as dores da morte em alguns casos; angústias de culpa são mais plenamente recalcadas e talvez dominadas. Grupos religiosos são menos capazes de assegurar dominação pelo medo do inferno. Mas o envolvimento do outro na morte de um indivíduo diminuiu. (...) A questão principal é como e por que era assim, e por que se tornou diferente (Elias, 1982, p. 23/24).

Considero importante apresentar as análises histórico-sociais de ambos, apesar das possíveis divergências, por entender que conversam entre si e não se distanciam em sua análise, mas se complementam. Permitem apreciar o aprofundamento dos conteúdos inerentes ao tema em questão, com primor inigualável. Ou seja, a despeito das possíveis divergências quanto a análise histórica empreendida, tanto Ariès como Elias, elaboram a distinção entre a vida social com a morte e o morrer na Idade Média e na contemporaneidade, apresentando aspectos semelhantes no que se refere às características de cada um desses períodos, conforme segue.

De fato, pressuponho que Ariès nos apresenta um retrato histórico fundamental da morte no ocidente, com a compreensão de aspectos que marcaram época e das transformações socioculturais neste âmbito. Elias, por sua vez, nos oferece uma análise sensível e profunda sobre nossas atitudes diante da própria morte, assim como de nossa (des)humanidade perante a morte do outro.

O encobrimento e o recalçamento da morte, isto é, da finitude irreparável de cada existência humana, na consciência humana, são muito antigos. Mas o modo do encobrimento mudou de maneira específica com o correr do tempo. Em períodos anteriores, fantasias coletivas eram o meio predominante de lidar com a noção de morte. Ainda hoje, é claro, desempenham um importante papel. O medo de nossa própria transitoriedade é amenizado com ajuda de uma fantasia coletiva de vida eterna em outro lugar. Como a administração dos medos humanos é uma das mais importantes fontes de poder das pessoas sobre as outras, uma profusão de domínios se estabeleceu e continua a se manter sobre essa base (Elias, 1982, p. 43/44).

Elias (1982) destaca que não é a própria morte que desperta terror, mas a sua imagem antecipada. Exemplifica com a cena da própria morte sem dor, a qual não seria em nada assustadora, uma vez que não estaria mais presente, não sentiria o terror. “*O terror e o temor*

são despertados somente pela imagem da morte na consciência dos vivos. Para mortos não há temor nem alegria⁶³”.

Para o sociólogo, existem ainda algumas características específicas das sociedades contemporâneas e das estruturas de personalidade associadas a elas, que são responsáveis pela peculiaridade da imagem da morte e de seu grau de recalçamento nas sociedades mais desenvolvidas:

1. A extensão da vida individual, ou seja, em uma sociedade com a expectativa de vida de 75 anos, a morte de uma pessoa de 20 / 30 anos é considerada mais remota do que numa sociedade com a expectativa de vida de 40. No primeiro caso, a ideia da morte pode ser mantida a distância por um tempo maior, enquanto que no outro caso, a incerteza da morte é maior, assim como sua presença, em vista disso a ideia de morte é trazida mais insistentemente.
2. Experiência da morte como estágio final de um processo natural reforçada pela ciência médica e todo seu aparato tecnológico.
3. Traços comuns da imagem da morte e da atitude em relação a ela, onde o processo de natural de adoecimento e envelhecimento ganha ênfase e garante a pacificação interna numa sociedade à medida que a morte violenta, particularmente causada por terceiros, aparece como excepcional e criminoso.
4. Alto grau e padrão específico de individualização, em que a imagem da morte na memória de uma pessoa está mais próxima de nossa própria imagem. O que em outros termos refere-se à experiência de antecipação da própria morte⁶⁴.

A morte não tem segredos. Não abre portas. É o fim de uma pessoa. O que sobrevive é o que ela ou ele deram às outras pessoas, o que permanece nas memórias alheias. Se a humanidade desaparecer, tudo o que qualquer ser humano tenha feito, tudo aquilo pelo qual as pessoas viveram e lutaram, incluídos todos os sistemas de crenças seculares e sobrenaturais, torna-se sem sentido (Elias, 1982, p. 77).

⁶³ Elias, 1982, pág. 53

⁶⁴ É fato consolidado que experimentamos a própria morte através da morte do outro.

Enfim, podemos vislumbrar como o ser humano, no decorrer do tempo, foi concebendo mecanismos para lidar com o assombro provocado pela morte, adaptando-os às diferentes épocas por meio de concepções ideológicas, religiosas, morais, místicas, tecnológicas e até políticas. O fato é que algumas dessas concepções tendem a nos ludibriar, afastando utopicamente a certeza da morte e fazendo-nos muitas vezes investir desmesuradamente em tecnologias com a vã ilusão da imortalidade. Outro aspecto que me parece relevante, diz respeito à vida que vai sendo vivida com contornos de ficção, valorizando-se a superficialidade nas relações e das exposições, com a perpetuação de laços frouxos senão insignificantes, em detrimento do investimento no aprofundamento das relações e nas trocas que delas advém, inclusive os conflitos, como se não houvesse amanhã, o que parece manter a doce quimera da infinitude do tempo e da imortalidade. “*Os velhos têm medo da morte, já os jovens riem dela. São imortais! Eu não acreditava que podia morrer...*” (Aleksiévitch apud Dubróvna, 2016 [2013], p. 88). Quando menos se espera, a vida surpreende com o adoecimento e a morte, como que surgidas do espaço sideral, em um corpo que não as reconhece.

Quando penso com Ariès e com Elias sobre a época em que a morte era domada e havia aproximação de familiares, amigos e da sociedade em geral ao moribundo ou mesmo ao defunto, não espero com isso produzir nenhuma atitude ou sentimento saudosista, até porque, os tempos eram outros. Porém, creio ser possível aprender com a história da humanidade e, neste aspecto, tornam-se evidente os riscos e conseqüências do afastamento a qualquer custo e da manutenção de fronteiras rígidas entre vida e morte. Além disso, compreendo que a maneira de lidar com a morte é multideterminada e influenciada por diversas instâncias de poder e saber. Nós, profissionais em saúde, não temos como disputar com a morte e vencê-la em toda e qualquer situação, acreditar nisso pode resultar em uma impotência brutal. Ademais, considero que a morte vista como parte da vida e não como inimiga ou adversária, tem o poder de transformar nosso objetivo primordial em cuidado àqueles que precisam, o qual pode transcorrer mediante às possibilidades de cura ou mesmo quando estas não existem mais. O parâmetro passa a ser não o fato da morte ter ou não advindo, mas como a pessoa foi tratada em vida até o momento de sua morte. “*Não sei como ajudar a morrer, mas tenho a certeza de que posso, na maioria das situações, ajudar a viver até o momento do morrer*” (Barbosa, 2003, p.41).

Não acaba aí, não se trata de “morreu acabou”, ou seja, ao morrer não se acaba ali, de muitas maneiras ainda se permanece, primeiro através de todos os cuidados pós-óbito imediatos dispensados ao morto, o que inclui a manipulação do corpo e seus desdobramentos, o que pode

apresentar variantes de acordo com cultura, a religião e até mesmo o desejo daquele que se foi. Há também a atenção aos sobreviventes⁶⁵, a comunicação da notícia difícil, o acolhimento, a escuta dos seus desejos atrelados ao da pessoa perdida, dentre outros. Queremos dizer que a morte orgânica, o apagar das luzes, não cessa em si os laços e tampouco o cuidado que precisa ser dispendido, até porque existem ritos e rituais que dependerão das crenças e desejos de cada um. Infelizmente, muitos equívocos ainda acontecem cotidianamente baseados na crença de que morreu acabou,” empacota” e tchau.

Com a finalidade de dar concretude a nossa fala, cito apenas um exemplo de algo com o qual já me deparei algumas vezes no decorrer de minha carreira⁶⁶, o óbito comunicado de maneira abrupta e sem o mínimo cuidado com o receptor da notícia, seja ele quem for. Lembro, especificamente, de uma mãe que recebera a notícia da morte do filho no meio de um corredor de hospital após horas de espera: *“seu filho já morreu faz tempo”*. Ou seja, não há qualquer solenidade e respeito pela dor do outro e a respeito daquele que se foi, considerado agora tão somente um corpo inerte. Podemos atestar, como reflexo disso, o que se passa diariamente nos IML da vida, como poderemos confirmar no capítulo 4 através de uma das narrativas.

O Prof. Doutor em Bioética Antônio Barbosa (2003), nos chama a atenção para a questão do progresso e da produtividade nas sociedades ocidentais, indagando até que ponto se torna possível suportar a improdutividade, a ineficácia, o fracasso e o desperdício da morte. Ou seja, como olhar de frente para a transgressão produzida pelo adoecimento e pela morte? Refletir sobre estas e outras questões nos coloca diretamente em contato com o tema da morte, do morrer e do luto. Por essas e outras questões, torna-se imperativo trazer esta discussão para o bojo de nossas práticas, estudos e pesquisas. *“(...) os cuidados que uma sociedade presta aos seus cidadãos mais pobres, velhos, mais indefesos, mais doentes, moribundos, são um indicativo do seu grau de civilização” (Barbosa,2003, p.45).*

Para o Professor Antônio Barbosa (2003) alguns aspectos são fundamentais no que se refere à restituição de sentido à morte:

⁶⁵ Conceito que vem sendo utilizado para denominar aqueles que perderam alguém por suicídio, porém não só por suicídio como os enlutados no geral.

⁶⁶ Importa dizer que em minha trajetória profissional exerci tanto funções na saúde mental como na saúde geral, geralmente na rede terciária em saúde pública.

- Admitir que, desde há várias gerações, temos afastado voluntariamente a morte da vida;
- Propiciar maior integração dos moribundos no mundo dos vivos;
- Deixar de acusar exclusivamente a medicina e a tecnologia por esta alienação;
- Compreender melhor as nossas relações com a morte e tentar melhorar a forma como lhe abordamos, fazemos frente e como a vivemos.

Nas palavras de Freud (1988), “*a morte é a companheira do amor. Juntos eles regem o mundo*”. Declara ainda que, se no início da psicanálise o amor foi o foco principal, “*agora sabemos que a morte é igualmente importante*”. Portanto, a morte não é o avesso da vida, é parte dela, onde o nascimento representa a linha de chegada e a morte o estágio final. No entanto, experimentamos muitas outras mortes (simbólicas, a morte do outro) no decorrer deste processo entre o nascer e o morrer, e muitos são os lutos. Nas palavras de Montaigne (1987), “*começamos a morrer no dia em que nascemos*”. Falar da morte, portanto, não é sinônimo de morrer, é sinal de que a reconhecemos como parte da vida! Como então furtar-se à sua reflexão?

Acredito que seja correto pensar que a morte não é um acontecimento. Não é um acontecimento que tenhamos que viver, não o viveremos jamais, assim como não vivemos nosso nascimento. Os outros é que nos viram nascer. (...) nós mesmos simplesmente tivemos que, como disse antes, passar por uma morte, o feto morreu, mas os outros, nossos pais, as pessoas que nos ajudaram a nascer e que chamam a isso de nascimento estão muito felizes; mas qual é o mais infeliz, o feto ou a placenta? Para a criança, a placenta é parte dela mesma e esta separação pode ser mortífera. A experiência do nascimento, que é a primeira manifestação da experiência de morte, pela ótica dos outros se chama “nascer.”⁶⁷

Isto por um lado. Por outro lado, no final do que chamamos de uma vida – pois chamamos de vida aquilo que transcorre no tempo e espaço, com o corpo que para os demais permanece igual. Há um fato sobre o qual outros dirão: “Morreu”. Entretanto nós mesmos sequer vamos nos dar conta! Talvez tenhamos tempo para sofrer a decrepitude, a ameaça do fim dos intercâmbios e da fabulação do que poderá ocorrer se não mais participamos da responsabilidade dos vivos. Mas a morte é assunto dos outros, não é nosso. E creio ser por isso que sempre falamos da morte sem acreditar nela, mesmo que todos saibamos que isto dá sentido à nossa vida e que se não existisse afinal, não saberíamos que estamos vivo (Dolto, 1985⁶⁸).

⁶⁷ De acordo com Dolto, numerosos documentos etnológicos descrevem rituais de tratamento da placenta para que essa separação seja benéfica.

⁶⁸ Tradução livre do psicanalista Carlos A. Lugarinho, 2003.

3.3 Luto, uma travessia

Todos nós, ‘pobres’ mortais, já perdemos (ou perderemos) algo ou alguém em algum momento de nossa existência, esse fato é irrefutável! E a maneira como lidamos com nossas perdas está intimamente atrelada às nossas concepções acerca da vida, da morte e do luto. Não quero dizer com isso que seremos imunes a dor da perda caso nos debruçemos sobre estas questões (racional e afetivamente), mas acredito verdadeiramente que boa dose de sofrimento pode ser poupada.

Contudo, não significa que haverá uma forma única e exclusiva de experimentar a dor e/ou que as manifestações de pesar devam ser evitadas e interditas, queremos sim reassegurar que não há uma prescrição ou um protocolo de como cada um deverá viver o luto, o qual dependerá de diversos fatores: pessoais, relacionais e ambientais. Aliás, neste momento me vem à memória algumas situações vividas na época da perda do meu filho que me marcaram profundamente e insistiram em permanecer atreladas ao meu processo de enlutamento, o que me onerou em culpa durante muito tempo. Foi necessário muito suporte terapêutico para realizar essa travessia e sustentar meus desejos em direção à vida que ainda queria viver. *“Não há dor menor ou maior, há dor. E esta dor os acompanhará para o resto de suas vidas. Não há como negar os sentimentos, esquecer ou ‘enterrar’ os filhos, mas sim integrar essa perda à vida e se reorganizar” (Casafrini et al, 2014).*

A primeira dessas situações, assim como as demais que compartilho agora sem pudor, após tantos anos de trabalho interno e estudo, e que, aspiro, possam contribuir para aqueles que de alguma maneira se identifiquem com a minha narrativa.

Poucos minutos após chegarmos à emergência pediátrica de um hospital particular com nosso bebê morto nos braços, recebemos a má notícia de que seria impossível trazê-lo de volta à vida. Ainda com a esperança de que seria possível ressuscitá-lo, escuto o médico plantonista ao telefone dizendo a alguém que precisava desligar, pois havia uma mãe histérica na emergência. O mais inusitado, é que eu simplesmente chorava, não gritava ou manifestava qualquer outra reação mais abrupta e, ainda que fosse, estas foram as palavras de acolhimento do médico que nos atendia.

Na sequência, ao chegar o primeiro familiar ao hospital, a segunda pérola que escutamos foi a de que tínhamos sido avisados de que o zumbido em seu nariz⁶⁹ era um risco. Pois bem, o pediatra que o acompanhava pensava diferente, ademais não havia sido realizada a necropsia, portanto, não sabíamos a *causa mortis*. Novamente a ternura de um abraço ou a simples presença aprazível e continente fora substituída por juízo moral.

(...) é necessário que uma criança morta faça parte da família para os vivos, não na tristeza, mas na vida simbólica; está com os vivos porque definitivamente faz parte deles, pelo fato de ter sido amado durante alguns meses de gestação, ou alguns meses até seu nascimento, ou ainda alguns meses de vida. O importante não é a vida física nem as caretas ou gestos que o bebê pôde fazer, mas sim porque é um ser humano, que tomou corpo a partir de dois seres que haviam se amado, que haviam se entregue ao desejo e cujo desejo de viver o levou até certo ponto com esse corpo, que terminou muito rápido, Terminou de viver antes que alguém se desse conta, e a resposta que tranquiliza qualquer criança é quando dizemos: “Fique tranquilo você vai saber a hora em que vai terminar de viver (Dolto, 1985).

Quando do velório e sepultamento, e ainda no pós óbito imediato, fui julgada e condenada por algumas pessoas que não aceitaram o fato de me rebelar contra Deus, a fé e tudo o mais que pudesse deles advir. Interessante que meu marido não entrou na capela onde o corpo foi velado⁷⁰, permanecendo do lado de fora até o momento do enterro, mas esse fato não gerou qualquer incômodo nas pessoas, o que me remete a facilidade com que o afastamento da morte e do morto é tolerado, enquanto que o pranteamento é julgado, proibido e recusado. Creio, também, que o maior incômodo provocado nessa situação foi o fato de me rebelar contra os dogmas e personagens cristãos. O que se espera de uma mãe mediante o corpo do filho morto⁷¹, resignação imediata, ausência de pranteamento, gratidão, fé inabalável? Para mim, naquele momento, simplesmente Deus não existia, e se por ventura existisse eu acabava de romper nosso vínculo, mas esta é uma outra história.

⁶⁹ O zumbido no nariz foi “diagnosticado” pelo pediatra como parte do processo de adaptação de todo o aparelho respiratório, o que é comum em recém-nascidos.

⁷⁰ O que não representou nenhum conflito para nós, além da constatação, naquele momento, de que se tratavam de duas formas distintas e possíveis de se lidar com a perda.

⁷¹ Aqui ressaltamos que, normalmente o que se espera de uma mãe são reações intensas, como o choro copioso e, se a pessoa não o expressa, é julgada como insensível, fria, etc. Este foi o caso, há 11 anos atrás, da mãe de Isabella Nardoni, que fora execrada publicamente por não manifestar reações emocionais mais intensas e imediatas perante a perda da filha. O que parece remontar aos tempos antigos (em alguns lugares elas existem até hoje), onde se contratava as carpideiras para lamentar e chorar nos velórios e enterros, com objetivo de contagiar os presentes pela tristeza e angústia, levando-os às lágrimas. Como podemos ver, não há regras rígidas, mas algumas manifestações toleradas ou não socialmente. Sobre esse assunto trataremos ainda neste capítulo.

De uma amiga bem próxima ouvi durante muito tempo que eu havia sido “escandalosa” (histérica?), não havia sido resignada como outra amiga que havia perdido o filho de 3 anos de idade⁷². Ocasão, inclusive, em que eu e meu marido estivemos presentes de corpo e alma, tentando ser para eles aquilo que esperávamos, alguém que pudesse ter sido para nós, uma simples mão que ampara.

Ainda no hospital, essa mesma amiga, teve o gesto delicado de trocar a roupa de nosso filho morto - para o sepultamento - com afabilidade, uma vez não nos sentirmos aptos a isso e, além disso, temíamos que os funcionários da funerária não o fizessem com a devida delicadeza. E de forma ingênua, ela nos contou que ao tirar sua roupinha verificou que ele estava todo evacuado. Essa fala me rendeu muita angústia e infindáveis sessões de terapia. Somente mais tardiamente, quando já me dedicava aos estudos de tanatologia e luto, descobri que esta é uma das reações provenientes do corpo já sem vida⁷³ e pude finalmente ter paz. Afinal, meu filho não havia morrido sujo, pude finalmente renunciar a culpa por não ter sido onipotente, onipresente ou onisciente.

Obviamente, mencionar esses acontecimentos não se contrapõe ao apoio recebido à época, mas a questão que se coloca para mim são os efeitos nada inofensivos de determinadas falas e ações dirigidas ao enlutado. Como profissional da saúde, não posso me furtar a essa análise, até porque, em muitos casos, os enlutados são os próprios profissionais da área.

Arrisco dizer que se houvesse um protocolo na abordagem aos enlutados, o primeiro item seria ‘não julgarás’. O segundo, ‘se não sabe o que falar, não diga nada’, afinal qualquer palavra que seja dita não poderá suprir o imenso vazio que a perda acarreta. Terceiro, ‘a presença genuína e silenciosa pode ser o melhor antídoto à dor e ao sofrimento’. Quarto, ‘ninguém está autorizado a desfazer-se dos objetos daquele que se foi’, salvo as situações em que tenha sido reivindicado pelo próprio falecido, do contrário isso caberá aos sobreviventes mais próximos ou a alguém indicado por eles. Pois esse ato, aparentemente inofensivo de ajuda,

⁷² Havia uma diferença, aparentemente banal, mas que é apontada em vários estudos em termos de sua significância, eu perdera meu filho inesperadamente enquanto dormíamos, minha amiga perdeu seu filho após 45 dias de internação. Não há aqui qualquer pretensão de adjetivação ou mensuração da dor, somente a observação acerca da possibilidade de viver o luto antecipado e deste modo se despedir, o que nas perdas abruptas de qualquer tipo, não é possível.

⁷³ Este fenômeno pode acontecer por duas razões: 1) instantes antes da morte, a pessoa pode receber uma intensa carga hormonal em virtude do estresse, o que provoca o esvaziamento voluntário da bexiga e do reto; 2) após o óbito, o relaxamento dos esfíncteres pode eliminar o conteúdo.

pode se transformar em algo extremamente invasivo, incidindo em uma nova perda ou uma perda secundária⁷⁴.

Tendo como referência a formulação winnicottiana de que cuidar é dar espaço ao outro em si, consideramos indispensável o acolhimento incondicional do sofrimento da perda, assegurando condições de proteção, reconhecimento e contenção, fruto da tolerância, calor humano e de autenticidade como condição referencial. Como lembra Maria Hennezel é no modo como me falam, como cuidam de mim que sinto se ainda faço parte do mundo e portanto se criam condições para um trabalho de elaboração do luto (Barbosa, 2013, p. 5).

O luto é um **processo**⁷⁵ singular, que não possui um começo ou um fim pré-determinado, ele se processa no decorrer da vida de cada indivíduo, com características que lhe são próprias. Ou seja, a maneira como cada um viverá e administrará suas perdas dependerá de incontáveis fatores: se trata-se da primeira perda ou se outras perdas já foram vivenciadas; como a pessoa reagiu a essas perdas e como processou o seu luto; quais foram os recursos utilizados naquele momento e os recursos com que conta agora; o contexto em que a perda se deu; quem ou o que se perdeu; qual a dinâmica entre eles; quais os recursos de enfrentamento; quais os riscos e vulnerabilidades; com qual rede afetiva e social pode contar; entre outros fatores.

O luto dentro dessa perspectiva processual, em que não há uma resolução, por assim dizer, e sim a elaboração através da vida, não há que ser resolvido ou superado e sim processado de acordo com o significado atribuído à vida, às perdas e, por fim, à morte” (Silverio, 2010, pag.139).

Para a compreensão do processo de luto utilizo como norteador principal a Teoria do Apego elaborada por John Bowlby (1907-1990), que descreveu através da observação do comportamento de crianças, padrões de reações ocorridas na primeira infância, os quais são identificáveis no funcionamento da personalidade no transcorrer da vida, inclusive em situações de perda e luto. *“Tem sido repetidamente afirmado que o comportamento de apego não desaparece com a infância, mas persiste durante a vida inteira.”* (Bowlby, 1990 [1969], p.371). Fornece-nos subsídios à compreensão da formação da identidade de cada pessoa na interação com o outro e com o meio ambiente em que vive, não esgotando suas possibilidades de

⁷⁴ Referem-se aquelas perdas que transitam em torno da perda principal. Por exemplo, uma viúva perde o marido e também um dos benefícios com o qual se sustentavam.

⁷⁵ Não endosso os paradigmas de resolução do luto, pois pressuponho o luto como um movimento que vai se processando no decorrer da vida de cada pessoa, tendo seu ápice nos primeiros dois anos, especialmente no primeiro onde ocorrem os primeiros acontecimentos sem a pessoa que se perdeu (aniversário, datas festivas, comemorações familiares, etc). Portanto, não creio que o luto se resolva, por assim dizer, e sim que a pessoa vai atribuindo outros significados a ausência e a sua própria vida, os quais diga-se são singulares. Discutiremos mais aprofundadamente, ainda neste capítulo, esse tema.

transformação a partir de outras inter-relações, durante toda a vida. Ou seja, para Bowlby a primeira infância é um marco fundamental à formação da identidade, no entanto, o desenvolvimento continua a acontecer durante toda a vida, permitindo inclusive que determinados padrões de comportamento possam se modificar, e mesmo quando ressurgem em situações extremas, produzindo menos sofrimento ao sujeito e em suas relações. “*Graças a toda redundância na organização do comportamento de apego, uma insuficiência num modo pode, dentro de limites amplos, ser compensada por algum outro modo*” (Bowlby, 1990 [1969], p.340).

O Apego (Bowlby, 1990 [1969]) é uma condição inata ao ser humano e funciona como o principal fator de risco e proteção na elaboração do luto. Seu complexo sistema se desenvolve a partir da relação com uma figura primária de apego, que comumente, porém não exclusivamente, é a mãe. Este vínculo⁷⁶ que conecta a criança ao seu cuidador primário, influenciará toda a história do sujeito ao longo de todo o ciclo vital. “*From cradle to grave*”⁷⁷ (Bowlby, 2006 [1979] p. 171). Muitas das emoções mais intensas surgem durante a formação, manutenção, ruptura e renovação das relações de apego. Deste modo, podemos dizer que a estrutura sob a qual se desenvolve o processo de socialização é fornecida pelo comportamento de apego.

A formação de um laço é descrita como apaixonar-se por alguém, a manutenção do laço como amar alguém e a perda de uma pessoa querida como sofrer por alguém. Da mesma forma, a ameaça de perda provoca ansiedade e a perda real dá origem à tristeza; todas essas situações podem provocar a raiva. A manutenção inquestionada de um laço é experienciada como uma fonte de segurança, e a sua renovação como uma fonte de alegria. Como essas emoções são habitualmente um reflexo dos laços afetivos da pessoa, a psicologia e a psicopatologia da emoção são em grande parte consideradas como a psicologia e psicopatologia dos laços afetivos (Bowlby, 2004[1985], p.39/40).

O comportamento de apego caracteriza-se como a busca ou manutenção de proximidade com a figura primária de apego, a quem se procura quando se está com fome, cansado, doente ou em perigo de qualquer espécie. Ou seja, a busca ou manutenção da proximidade com a figura

⁷⁶ Constituinte-se como Base Segura (Bowlby, 1969), ou seja, a segurança proporcionada por uma figura de apego, que com sua presença, permitirá a criança sentir-se fora de perigo enquanto explora o ambiente, mantendo a confiança de que contará com sua presença e acolhimento ao retornar de suas explorações.

Adendo: Em seu livro; Uma Base Segura – aplicações clínicas da teoria do apego, Bowlby dedica o livro a Mary Ainsworth, indicando ter sido ela quem introduziu o conceito de base segura.

⁷⁷ “*Em suma, o comportamento de ligação é concebido como qualquer forma de comportamento que resulta em que uma pessoa alcance ou mantenha proximidade com outro indivíduo diferenciado ou preferido o qual é usualmente considerado forte ou mais sábio. Embora seja especialmente evidente durante os primeiros anos da infância, sustenta-se que o comportamento de ligação caracteriza os seres humanos do berço à sepultura*”.

de apego exerce a função primordial de proteger contra os perigos. É a partir desta interação, composta por disponibilidade⁷⁸ ou não da figura de apego nos primórdios do desenvolvimento, que o relacional se converterá em intrapsíquico, configurando assim o Modelo Operacional Interno (MOI) do indivíduo, e deste modo, as bases de sua relação com o outro e com o mundo (Bowlby, 1993[1969]). *“Da maneira pela qual o comportamento de apego do indivíduo se organiza dentro de sua personalidade depende o padrão de laços afetivos que se estabelece durante sua vida”* (Bowlby, 2004 [1985], p.41).

Entretanto, destaco que ser apegado a alguém não é o mesmo que ser dependente, pois o apego não exclui a possibilidade de ir e vir de forma autônoma com a segurança de encontrar o devido apoio ao retornar. Além disso, espera-se que a dependência da criança à sua mãe, experimentada nos primeiros anos de vida, com o desenvolvimento tendam a desaparecer. De modo que apego e autonomia estão interligados e são complementares. Exemplifico com o processo de adolecer, momento este em que é comum ao adolescente afastar-se dos pais para buscar a aproximação com pessoas da mesma faixa etária⁷⁹, o que o leva a outras relações e experiências, agora separadamente dos pais, conseqüentemente promovendo o aumento da autoconfiança necessária à passagem da infância para a idade adulta, reassegurando assim a própria sobrevivência. E a ampliação do MOI do adolescente dependerá da internalização dessas novas experiências relacionais e sociais, e a maneira como esses pais enfrentarão essa transição será determinante. Neste momento em que precisa acreditar-se capaz e onipotente, caso seja impedido de realizar o seu movimento exploratório, o adolescente pode se manifestar de forma intempestiva ou agressiva com os pais, caso não permitam seu movimento rumo à independência. Os pais, por sua vez, podem simplesmente confrontá-lo e queixar-se acerca de seu comportamento, contribuindo para o distanciamento entre eles; ou apoiá-lo em suas movimentações, acolhendo-o em seus retornos, atuando assim como Porto Seguro⁸⁰, e deste modo, sustentando a relação de confiança entre eles.

⁷⁸ As experiências iniciais de disponibilidade da figura de apego formam a base do modelo interno de relação que servirá para a criança durante a sua vida. Essa base estável permite que enfrentem separações e sofrimentos com mais tolerância e criatividade. E apresentem maior capacidade de aceitar as dificuldades e problemas, inclusive na relação com os pais, a quem descrevem e aceitam de maneira mais realista e condescendente. Sugere-se que nas relações, ao longo da vida, as parcerias fortalecerão suas possibilidades de segurança e proteção (Parkes, 2009).

⁷⁹ Nesta fase o sistema exploratório do adolescente está mais ativado.

⁸⁰ Conceito desenvolvido por Bowlby, o qual configura a possibilidade de que a criança ou adolescente se desenvolva ao mesmo tempo em que se sente reasegurado pelos pais. Movimento intimamente conectado ao ciclo de vida familiar e ao Sistema Cuidador (outro conceito de Bowlby, que refere-se a constituição da capacidade de cuidar. Comportamento complementar ao de apego, que exerce a função de proteger o indivíduo apegado), desenvolvidos durante os primeiros anos de vida. Alguns pais não conseguem permitir que os filhos façam o movimento de separação, o que coloca em questão a regulação do seu sistema cuidador, que precisa ser ativado e

Melhor dizendo, quando algo provoca insegurança, desamparo ou alerta de perigo, o comportamento de apego é ativado, e caso a resposta não venha, ou então chegue de maneira insatisfatória, o comportamento tenderá a se autorregular, de maneira a desativar a ameaça de perigo. Quando o resultado é satisfatório há equilíbrio homeostático⁸¹, o comportamento é corrigido para a meta a ser atingida, que está intrinsecamente relacionada à obtenção de segurança (Bowlby, 1990 [1969]). Isto é, a busca de segurança é essencial e intrínseca ao ser humano.

Mary Ainsworth (1952), eminente colaboradora de Bowlby (1990 [1969]), forneceu parte dos subsídios empíricos para o desenvolvimento da Teoria do Apego, elaborando um método de avaliação do comportamento de apego denominado *Procedimento da Situação Estranha*. Investigou, a partir disso, a aproximação e a separação de crianças, entre dois e três anos aproximadamente, dos cuidados maternos, e às diferenças individuais na organização do comportamento de apego. Com base nessa experiência, formulou alguns padrões de apego que acompanham a pessoa da infância a adultes, ou seja, estilos de vinculação afetiva responsáveis pelo desenvolvimento da estrutura psíquica, a partir da relação mãe-bebê. “*Sua principal contribuição foi reconhecer a importância do apego seguro nas relações entre pais e filhos*”. (Parkes, 2009 [1985]).

Colin Parkes (2009 [1985]), psiquiatra e pesquisador inglês, estudioso da teoria do apego, além de um dos mais renomados especialistas em luto, ressalta a importância do trabalho de Ainsworth ao demonstrar que uma criança pode ter um forte vínculo com a mãe, mesmo quando este apego é inseguro e propenso a dificuldades. Destaca que o apego inseguro não é sempre e necessariamente danoso, uma vez que o desenvolvimento do estilo de apego entre pais e filhos envolvem estratégias de enfrentamento que possibilitam à criança sentir-se segura, tanto quanto possível, nas relações parentais. Diria que trata-se de vislumbrar, entre outras coisas, a resiliência.

As concepções teóricas propostas por Ainsworth e Bowlby transformaram a maneira como psicólogos consideram a influência dos cuidados parentais (Bertolli e Silverio, 2018).

desligado de acordo com as necessidades reais, e que implica, por um lado, no *desmame do adolescente em relação aos pais*, e por outro, no luto pela função e papel exercidos por esses pais nessa relação (Bertolli e Silverio, 2018).

⁸¹ Qualquer sistema homeostático só é capaz de operar eficazmente quando às condições ambientais permanecem dentro de certos limites. Se super exigido acaba falhando (Bowlby, 1990 [1969]).

Ajudam-nos, assim, a compreender como algumas crianças⁸², vítimas de maus-tratos, ainda relutam em separar-se dos pais. Apesar do apego se caracterizar como inseguro, esta se constitui a única base de segurança para aquela criança que, de algum modo, se vê totalmente desamparada. Em relação à clientela longamente institucionalizada, podemos verificar essa relação com o hospício e outras instituições asilares que, para muitos pacientes, constituíram-se como única base segura, como verificamos no caso de Ari descrito no capítulo 2.

Bertolli e Silverio (2018) elencaram as principais características inerentes a cada um dos estilos de apego descritos por Ainsworth (1952) e fundamentados por Bowlby (1990 [1969]) e Parkes (2009 [1985]), compreendendo-as como estratégias de enfrentamento às diversas situações experimentadas no decorrer do ciclo vital, até mesmo em situações de perda e luto. Ressalto que uma pessoa pode ter um estilo de apego predominante, mas ainda assim lançar mão de estratégias inerentes a outro estilo defensivamente:

- Estilo Apego Seguro – pessoas com apego seguro são aquelas que tiveram pais “suficientemente bons”, ou seja, sensíveis e responsivos às necessidades de segurança do bebê / criança e que funcionaram como uma base segura e estável à exploração do mundo, através do enfrentamento de suas dúvidas, medos, descobertas, angústias e conflitos, reassegurando-o quando necessário. *“O que se acredita ser essencial para a saúde mental é que o bebê e a criança pequena experimentem um relacionamento carinhoso, íntimo e contínuo com a mãe (ou mãe substituta permanente), no qual ambos encontrem satisfação e prazer”* (Bowlby, 1990 [1969], p. X).
- Estilo Apego Inseguro-Evitativo – no caso das crianças que tiveram figuras parentais que normalmente falharam em atender às suas necessidades, inclusive de atenção, seja não respondendo ou punindo-as, é comum que tenham aprendido a inibir os seus sentimentos e seu comportamento de apego na presença de suas figuras de apego. De forma alguma, esse comportamento elimina o desejo de estar próximo, porém o sentimento de segurança é sustentado mantendo-se uma distância relativa. Muitos adolescentes ou adultos com vivências infantis de rejeição ou de inacessibilidade emocional costumam apresentar dificuldades na expressão de seus sentimentos, por acreditar que a expressão de afeto é perigosa. Portanto, as estratégias apreendidas

⁸² Assim como mulheres vítimas de violência doméstica.

tendem a negação, rejeição, ou manutenção da distância em seus relacionamentos, por não confiar nos outros e para proteger-se contra a dor. Costumam ainda, apresentar-se, em algumas situações e relacionamentos, de forma controladora e agressiva, além de desconfiada. Tendem a idealização, onde a figura idealizada é considerada excelente, porém não conseguem se relacionar com ela. Costumam, ainda, se culpar pela sua inabilidade em expressar amor e outros sentimentos (Parkes, 2009 [1985]).

O adolescente ou adulto evitativo funcional é, comumente, aquele que conhece todo mundo, mas não mantém intimidade com ninguém, ou seja, se mantém distante afetivamente. Colin Parkes (2009 [1985]) refere ser o estilo evitador, o estereótipo masculino da sociedade ocidental contemporânea, onde se espera dos homens que mantenham seus sentimentos sob controle, agindo de maneira mais agressiva.

Na maior parte do tempo, os evitadores aprendem a lidar efetivamente com o mundo que encontram. Seu estilo controlador pode ser visto como muito apropriado em uma sociedade que valoriza mais a independência e controle do que afeto e sentimento. Os problemas aparecem quando os evitadores alcançam o limite de sua habilidade de enfrentamento ou quando aqueles laços que construíram são desfeitos (Parkes, 2009 [1985], p.118).

- Estilo Apego Inseguro-Ambivalente – no caso do desenvolvimento de um estilo de apego inseguro ambivalente na infância, a probabilidade é de que o mundo seja visto como perigoso e, portanto, a garantia de segurança está na proximidade daqueles a quem se está vinculado sob risco de perda. Apreendem a dar mais valor à opinião e apoio dos outros do que à sua própria, o que os leva a protestar vigorosamente diante da separação e mesmo de afastamentos, tornando-se de veras dependentes. Alguns adolescentes e adultos com este estilo de apego inseguro-ambivalente vivenciaram inconsistência parental na infância, com inversão das regras e ausência de validação das suas necessidades, e desenvolveram a capacidade de remoer esses eventos negativos e memórias através da experimentação da raiva e ressentimento pelos pais, ao mesmo tempo em que se sentem responsáveis e intensamente preocupados com eles. Muito embora sintam a necessidade afetiva desses pais, acabam por não atingir seu objetivo satisfatoriamente, pois possuem um sistema cuidador exacerbado, maneira muitas vezes encontrada para se sentirem protegidos (Parkes, 2009 [1985]). É muito comum encontrar a ativação do sistema cuidador nos profissionais de saúde.

Se observarmos mais de perto os padrões de apego que estudamos, veremos que são as estratégias que as crianças desenvolveram para lidar com os pais e suas características. Parece que as estratégias às quais nos referimos como “apegos inseguros” às vezes podem se tornar maneiras úteis de lidar com o mundo imperfeito da vida adulta (Parkes, 2009 [1985]).

- Estilo Apego Desorganizado⁸³ – àquelas pessoas com estilo de apego desorganizado - caracterizado por repetidas vivências de apego emocionalmente contraditórias, de modo que em alguns momentos podiam contar com a figura de apego e em outros não - costumam reportar experiências de impotência, solidão e desamparo na infância, o que se reflete na tendência a voltar-se para si mesmo em momentos perturbadores. Não há um padrão determinante na ocorrência de um ou outro modo de funcionamento, mas sim consequente desamparo e em algumas situações, trauma. Vivências que fundamentaram a falta de confiança em si e nos outros, o que pode produzir ansiedade e impotência frente às adversidades.

Pessoas com apego desorganizado com frequência declaram vivências traumáticas não resolvidas e funcionamento empobrecido, oscilando entre a insuficiência e a rejeição; possuem uma inquietação que os impede viver de forma funcional devido ao forte estresse e a tendência a voltar-se para si próprios nos momentos difíceis. Sendo assim, seus modos de enfrentamento podem incluir os danos autoinfligidos como modo de autopunição. Podem mentir sobre como preferem receber ajuda, por tentarem responder às expectativas sociais, preferindo a ajuda especializada à parental ou de amigos (Parkes, 2009).

(...) A combinação de sentimentos de impotência, medo vergonha, depressão e os efeitos desinibidores do álcool aumentam o risco de esses indivíduos tanto punirem a si mesmos quanto resolverem seus problemas por meio do suicídio” (Parkes, 2009, p. 141).

Efetuada este preâmbulo geral acerca da formação e manutenção dos vínculos afetivos em Bowlby, aprofundaremos agora o tema do rompimento dos vínculos. Para tal, primeiramente abordaremos a conceituação do luto, pautando-nos na Teoria do Apego e agregando outras concepções teóricas que consideramos encorpar ainda mais os estudos e pesquisas do luto na contemporaneidade, subsidiando as intervenções clínicas neste campo.

⁸³ O estilo desorganizado de apego foi elaborado, posteriormente, por meio das pesquisas de Mary Main e Judith Solomon (1986), vindo somar-se aos demais.

Luto significa respeitar o lugar que a perda ocupa na vida da pessoa e sua capacidade de expressar genuinamente a emoção subjacente a essa perda. Parte deste processo consistirá em encontrar um caminho a seguir, para confortar, aliviar e, se possível, transformar a relação que se tinha com o objeto/ente perdido. A isso se chama processo de adaptação.

A adaptação depende dos recursos/estratégias que encontramos e/ou utilizamos para lidar com o impacto, intensidade e inexorabilidade do sofrimento causado pela perda. O ponto de partida parece ser desenvolver uma visão ampla e informada acerca da mesma e de todo o dano que daí advém (Arranhado, C. in Barbosa [org] et al, 2013).

Freud introduziu a terminologia **luto** em 1917 em *Luto e melancolia*, como reação à perda de um ente querido ou à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de ente querido. Embora envolva grandes afastamentos da vida, afirma não se tratar de uma condição patológica que a priori requeira tratamento médico. “*O teste da realidade provou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto*” (Freud, 1917, pag. 250).

A condição entre a melancolia e o luto parece ser justificada pelo quadro geral dessas duas condições. Além disso, as causas excitantes devidas as influências ambientais são, na medida em que podemos discerni-las, as mesmas para ambas as condições. O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Também vale a pena notar que, embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais no ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele (Freud, 1917 [1915], p. 249).

A expressão **luto** é utilizada por Bowlby (2004 [1985]) em seu sentido mais amplo, como uma variedade de reações à perda - inclusive as que levam às reações patológicas - e não implicam na tarefa psíquica específica que consiste na desvinculação entre lembranças e esperanças do sobrevivente em relação ao morto. Tampouco se refere ao uso especializado na tradição antropológica, que o associa as manifestações públicas de pesar. Delineia-se, portanto, como uma gama de processos psicológicos, que envolvem a perda de uma pessoa amada, quaisquer que sejam seus resultados (luto sadio ou complicado). No entanto, concorda com Freud sobre a proposição básica de que muitas enfermidades psiquiátricas são expressão de um luto patológico, como a histeria e a melancolia.

Muito embora Bowlby (2004 [1985]) conserve a utilização da expressão luto, ele faz uma ressalva acerca da utilização da expressão *grieving* (pesar), termo que vem se consolidando entre os psicanalistas, como condição de uma pessoa que experimenta a aflição pela perda de uma maneira mais ou menos clara.

Eu acho que uma das coisas que o luto ensina é que as pessoas que amamos nunca perdemos. Elas são parte das nossas vidas para sempre. Quando alguém diz "ele vive em minha memória", isso é verdade. O problema é que, no primeiro momento em que se perde alguém, sente-se que todas as coisas boas que vieram com essa pessoa se perderam também. Só quando a pessoa para de tentar recuperar é que percebe que nunca perdeu (Parkes, 2005).

Luto é um processo normal e esperado de elaboração de qualquer perda e é importante para a saúde mental, na medida em que proporciona reconstrução de recursos e adaptação às mudanças. Seu enfrentamento possibilita também, que conquistemos a confiança de sermos capazes de superar as demais perdas, além do que, permite encontrar um lugar em nossas vidas para pessoas que amamos e perdemos. O processo de luto é reconhecido na medida em que nós precisamos dar sentido ao que aconteceu em nossas vidas e retomarmos o controle sobre nós mesmos, sobre o mundo e sobre as relações afetivas (Casellato, 2015).

Sublinho, conforme já exposto, que o comportamento de apego visa à manutenção de um laço afetivo, de maneira que qualquer situação que possa colocar em risco esse laço provoque uma reação destinada a preservá-lo. Portanto, quanto maior o risco da perda, mais intensas e variadas serão as reações para evitá-la e as formas de comportamento de apego ativadas (reação de protesto, tensão fisiológica aguda, aflição emocional). Se essas reações forem bem sucedidas, o laço é restabelecido e as ações cessam produzindo alívio do estado de tensão; se, do contrário, forem mal sucedidas, o esforço esmorece, porém não cessa, agudizando ou cronificando a tensão e a aflição. Nos casos onde os laços não são restabelecidos devido à perda, as experiências vividas na infância - entre a criança e sua figura de apego - terão impacto não só no curso comum da vida, mas frente à perda vivenciada e a elaboração do luto, incidindo sobre as suas expressões, sobre a forma como será vivenciado e sobre o processo de elaboração.

Não pode haver dúvidas de que, qualquer que seja a causa da perda, certos padrões básicos de reação estão presentes, e de que as variações de reação que podem resultar de perdas que tem algumas outras das muitas causas diferentes serão mais bem examinadas como variações do mesmo tema (Bowlby, 2004 [1985], pag.82).

Fundamentando-se na teoria do apego, Parkes (1996) refere-se ao luto como um processo e não um estado; não um conjunto de sintomas com início depois de uma perda e que gradualmente se desvanece. Contrariamente, uma sucessão de condições que se mesclam e se

substituem, muitas vezes se superpondo, e operando especialmente em quatro fases: entorpecimento ou torpor⁸⁴, procura pelo outro⁸⁵, desorganização ou desespero e recuperação⁸⁶, cada uma delas com características que podem variar de uma pessoa para outra, tanto em sua forma como em sua duração.

Para Worden (2009)⁸⁷, o processo de luto pressupõe a realização de diferentes tarefas consideradas essenciais ao restabelecimento da homeostase, as quais envolvem, em termos gerais, a aceitação da realidade da morte e, sendo assim, a impossibilidade da manutenção da relação: aceitar da realidade da perda; elaborar a perda; ajustar-se ao mundo sem a pessoa perdida; reposicionar-se emocionalmente, ressignificando o lugar da pessoa perdida.

Em síntese, com essas considerações procuramos nortear nossas reflexões e pontuar que o luto envolve: aceitação da realidade; adaptação à perda; elaboração da dor; ajuste ao ambiente; reavaliação cognitiva e emocional; e, por fim, continuidade da vida, com o reposicionamento afetivo da memória daquele que se foi, ratificando que contexto do trabalho em saúde, esse luto contempla também o profissional (Worden, 1998 e Bowlby, 2004 apud Silverio, 2010).

Rando (1991 apud Barbosa [org] et al, 2013) sugere três fases abrangentes do luto⁸⁸: evitação / negação; conscientização / confrontação; restabelecimento / acomodação. Até este ponto, já podemos vislumbrar que o luto engloba uma série de sentimentos e reações emocionais e comportamentais e que, muito embora não possam ser didaticamente configuradas, certamente envolvem, em seu processamento, um momento inicial de atordoamento, negação e/ou inércia; evoluindo por um processo de elaboração, composto por inúmeros e diversificados componentes, que dependerão de uns cem fatores; eclodindo na integração da perda e na incorporação gradual de novos significados para a perda e a continuidade da vida a partir dela.

Seria possível identificar outras recomendações, mas gostaríamos, sobretudo, de reforçar a ideia de que a ligação específica, que o enlutado tinha com a pessoa que perdeu, vai condicionar seu processo de luto. Assim, cada perda é ao mesmo tempo comum (todos vivem

⁸⁴ A ausência de pesar pode ser considerada como extensão prolongada da fase de torpor (Bowlby, 2004 [1985]).

⁸⁵ Fase de anseio e busca da pessoa perdida (Bowlby, 2004 [1985]).

⁸⁶ Fase de maior ou menor grau de reorganização (Bowlby, 2004 [1985]).

⁸⁷ Para Worden o investimento e a reorientação das emoções só se torna possível após a quebra dos laços afetivos, diferentemente dele, acredito que o processo é dual, envolvendo movimentos em ambos os sentidos como veremos com Stroebe.

⁸⁸ Denominadas por Rando (1993) como ciclo do luto (Rando, 1991 apud Barbosa [org] et al, 2013).

separações e perdas) e única (cada perda tem um significado específico para cada pessoa, em cada fase da sua vida ou doença (Barbosa, 2010 apud Machado in Barbosa [org] et al, 2013, p. 84).

Parkes (1996) esclarece que em qualquer luto raramente fica claro com exatidão o que se perdeu. Exemplifica que a perda do marido pode significar ou não a perda do parceiro sexual, do companheiro, jardineiro, contador, ente outras. Além disso, uma perda pode trazer também consigo outras perdas secundárias, como a queda dos rendimentos a partir da perda do marido. Ou ainda, a apreensão de outros papéis a partir da perda, para uma pessoa que não realizava determinadas tarefas, as quais eram realizadas pela pessoa perdida.

Privação implica ausência de uma pessoa ou objeto necessários, sendo o oposto à perda de uma pessoa ou objeto. Uma pessoa enlutada reage tanto à perda quanto à privação. Pesar é a reação à perda, solidão é a reação à privação. Privação significa a falta daqueles suprimentos essenciais que foram anteriormente fornecidos pela pessoa perdida Parkes (1996, p. 26).

Rando (1991 apud Barbosa [org] et al, 2013) identifica ainda dois tipos de perda, a física e a simbólica. A primeira remete a algo concreto, como uma pessoa, um animal ou um objeto querido. A segunda é abstrata, não pode ser vista ou tocada, como a perda de um estatuto social, de uma expectativa, de uma posição, etc. Enquanto a perda física é facilmente identificada, a perda simbólica costuma ser ignorada e relegada pela sociedade, o que torna imprescindível o seu reconhecimento a fim de autorizar o surgimento do processo de luto, evitando-se assim sua complicação.

Ao identificar uma perda simbólica, uma pessoa poderá também reconhecer que as reações e os sentimentos intensos por que está a passar são partes integrantes do seu processo de luto. Assim, ter esta compreensão, pode levar a pessoa a adotar estratégias mais adequadas para lidar com a sua dor ao longo do tempo (Rando, 1991 apud Barbosa [org] et al, 2013).

Rando, assim como Parkes, refere-se às perdas secundárias, porém estende até para as perdas terciárias, sejam elas físicas ou simbólicas. Ele cita, como exemplo, a perda de um filho para um casal (perda primária); o que pode envolver a alteração da rotina familiar como deixar de ir ao parque todo final de semana (perda secundária); o que pode gerar conflitos familiares, entre eles o divórcio (perda terciária).

Para Bowlby (1983 [1969]), tanto em adultos como em crianças, há a tendência a

subestimar o quão aflitiva e desnorteante uma perda é assim como o tempo que perdura, mas, em ambos, as reações ao luto e os processos latentes são semelhantes.

A perda da uma pessoa amada é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer. É penosa não só para quem a experimenta, como também para quem a observa, ainda que pelo simples fato de sermos tão impotentes para ajudar. Para a pessoa enlutada, apenas a volta da pessoa perdida pode proporcionar o verdadeiro conforto; se o que lhe oferecemos fica aquém disso, é recebido quase como insulto (Bowlby, 1983 [1969], p. 4).

Bowlby sustenta, a partir de suas pesquisas, assim como daquelas realizadas por outros estudiosos do luto, que apesar de diferentes tipos de laços afetivos terem muito em comum, não podem ser considerados idênticos. Há peculiaridades inerentes a cada tipo de perda: de filho, cônjuge, amigo, pai, mãe, entre outras. Do mesmo modo, a causa da morte poderá influenciar a maneira como o luto será vivenciado, Rando (1991 apud Barbosa [org] et al, 2013): acidente/desastre, homicídio, suicídio, causas naturais agudas, doenças crônicas e/ terminais.

Diante do rompimento de um laço afetivo, Bowlby (1983 [1969]) mostra que os fatores cognitivos também operam nas reações à perda:

1. Primeiramente há um registro preliminar de informações relevantes, assim como a incapacidade de avaliá-las imediatamente de forma aprofundada, o que está atrelado a fase de torpor;
2. Em um segundo momento, uma avaliação mais profunda das informações vai se processando, algumas são examinadas e reexaminadas, outras vão sendo adicionadas e outras permanecem evitadas.

Neste aspecto, Worden (apud Nave, A.C. in Barbosa [org] et al, 2013) identifica pensamentos de negação ou descrença sobre a realidade da morte, confusão com dificuldades de concentração e/ou esquecimento, dúvidas persistentes, preocupações constantes (como pensamentos obsessivos sobre o morto, pensamentos intrusivos sobre a morte, sensação da presença da pessoa perdida (relacionada a angústia e ansiedade), alucinações (diversos estudos realizados com viúvos e viúvas, inclusive por Bowlby, mostram a preponderância deste sintoma nesses casos) e dificuldades em tomar decisões.

Cada pessoa processará as informações referentes à perda a seu modo – mais ou menos lentamente, mais ou menos acuradamente, mais ou menos completamente – dependendo de suas estruturas cognitivas. Essas tendências cognitivas⁸⁹ são facilmente identificáveis e estão atreladas aos modelos representacionais das figuras de apego e do eu, constituídos desde a infância e adolescência, que são descritos da seguinte maneira (Bowlby, 1983 [1969]):

- a) Como o enlutado vê o papel desempenhado na perda pelo próprio morto;
- b) Como vê o próprio papel na perda, e como a pessoa morta poderia considerá-lo;
- c) Que expectativas ele tem quanto à assistência que possa ser oferecida;
- d) Que consciência tem das construções que faz acerca dos acontecimentos passados e de sua influência sobre suas expectativas atuais;
- e) E em que medida essas construções e expectativas são permeáveis a novas informações e à revisão destas.

O apego íntimo a outros seres humanos é o núcleo em torno do qual gira a vida de uma pessoa, não só enquanto bebê, criança pequena ou criança na escola, mas também durante a sua adolescência e maturidade, até a velhice. É desse apego íntimo que retiramos a força e o prazer da vida, e proporcionamos também força e prazer aos outros. Nessas questões, a ciência atual e a sabedoria tradicional se identificam (Bowlby, 1983 [1969], p. 516).

Worden destaca igualmente as sensações físicas que acompanham o processo do luto: “vazio no estomago”, “aperto no peito”, “nó na garganta”, hipersensibilidade ao barulho, sensação de fraqueza muscular e despersonalização, prostração, taquicardia, dificuldades respiratórias e dificuldades digestivas.

No âmbito comportamental, Worden refere-se a perturbações do sono, perturbações do apetite, distrações frequentes, sonhos com a pessoa que faleceu, hiperatividade, choro, suspiros, isolamento social, evitação de ações ou lugares que lembrem a pessoa falecida ou excessiva afeição aos objetos que a recordam.

A tristeza costuma ser a resposta emocional mais comum ao luto, seguida da raiva. O medo e a ansiedade costumam surgir naquelas situações onde se entra em contato com a própria mortalidade ou quando a pessoa receia não ser capaz de dar conta de si e da vida que segue. A

⁸⁹ São tratadas pela psicanálise em termos de fantasias.

culpa normalmente surge, quando a pessoa sente que poderia ou deveria ter feito algo diferente para evitar a morte, e costuma ser mais intensa nas relações ambíguas ou quando a pessoa experimenta sentimentos ambivalentes relacionados ao ente perdido. Outras reações normais incluem angústia, saudade, solidão, desamparo, entorpecimento, alívio, fadiga e choque.

Estas quatro dimensões: emoções, cognições, sensações físicas e comportamentais compõem a resposta normal⁹⁰ ao luto, que poderá persistir durante algum tempo (Worden apud Nave, A.C. in Barbosa [org] et al, 2013).

Luciana Mazorra (2018)⁹¹ acrescenta ainda às manifestações acima mencionadas, aquelas de cunho espiritual: sonhos; sinais e mensagens; perda ou aumento da fé; raiva de Deus; questionamento de valores.

Existem cinco condições que afetam o curso do luto, segundo Bowlby (1983 [1969]):

- 1) A identidade e o papel da pessoa perdida;
- 2) A identidade e o sexo da pessoa enlutada;
- 3) As causas e circunstâncias da perda;
- 4) As circunstâncias sociais e psicológicas que afetam a pessoa enlutada na época da perda e depois dela;
- 5) A personalidade do enlutado, com especial referência à sua capacidade de estabelecer relações amorosas e de reagir a situações estressantes.

Sendo a última a mais influente, principalmente como o comportamento de apego organizará a resposta às situações estressantes. De modo que, alguns tipos de personalidades são mais vulneráveis à perda do que outro, baseado em suas vinculações primevas e no estilo de apego correspondente.

Para compreender a reação de uma pessoa a uma perda é necessário levar em conta não só a estrutura da sua personalidade como também os padrões de interação com a pessoa perdida. Para a grande maioria, a perda representa uma mudança para pior, seja num grau menor ou, o que é mais frequente, num grau maior. Para uma minoria, porém, é uma mudança para melhor. Não se pode, portanto, esperar uma correlação

⁹⁰ Como veremos adiante, o luto complicado é composto em muitos casos da intensificação destes sintomas presentes no luto normal.

⁹¹ Conteúdo ministrado em 2018 na aula referente ao Luto, do curso de Aprimoramento e Especialização em Intervenções Psicológicas Fundamentais na Teoria do Apego, no Instituto 4Estações em SP.

simples entre o padrão de personalidade e a reação (Bowlby, 1983 [1969]).

De modo geral, a tendência é que as pessoas com um estilo de vinculação segura (Estilo de Apego Seguro) busquem ajuda de alguém em quem confiem para avaliação da situação. Portanto, a capacidade da pessoa enlutada em buscar e receber ajuda está atrelada a três elementos interdependentes:

- a) A existência de qualquer consolador em potencial;
- b) A avaliação se sua aproximação é útil ou não;
- c) E se é possível confiar nele.

A dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é, talvez o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso. Ignorar esse fato ou fingir que não é bem assim é cegar-se emocionalmente, de maneira a ficar despreparado para as perdas que irão inevitavelmente ocorrer em nossa vida, e também para ajudar os outros a enfrentar suas próprias perdas (Parkes, 1996, p. 22).

O processo de luto implica, portanto, em continuarmos a viver mesmo sem a presença daqueles a quem amamos. Significa muito mais do que simplesmente sobreviver, mas seguir com a vida após a transformação, permitindo-se relações significativas ao mesmo tempo em que se mantém a memória da pessoa perdida, portanto, uma crise de significados. Para que o luto siga seu percurso de forma saudável, algumas sugestões⁹²:

- Permitir-se sentir a perda;
- Compreender as circunstâncias da morte da pessoa querida, desenvolvendo uma explicação pessoal para ela;
- Tomar a decisão consciente de atravessar a sua dor, assumindo-a para si e para os outros;
- Não se isolar e procurar ajuda, pois muito embora o luto consista em um processo pessoal, o suporte social desempenha papel fundamental.

Thomas Attig (1991, apud Neimeyer, 2000⁹³) retrata o processo de luto como um processo ativo, permeado de escolhas e possibilidades que podem ser aceitas ou rejeitadas e

⁹² (Machado, C. in Barbosa, 2013)

⁹³ (Presa, J. in Barbosa, 2013)

envolvem, como tarefa principal, reaprender o mundo que após a perda ficou transformado para sempre. “*Ainda que a perda de um ente querido seja um acontecimento que não se pode escolher, a elaboração do luto é um processo ativo de enfrentamento cheio de possibilidade*”. É preciso, portanto, retirar o enlutado do lugar de passividade ao qual fora destinado até então, que, como assevera o senso comum, fica na dependência da passagem do tempo para o processamento do luto e sua elaboração.

Uma das grandes limitações das teorias tradicionais do luto é o facto de apresentarem as pessoas que sofrem perdas como personagens passivos mergulhados numa experiência que não escolheram e que têm que superar, mas sobre a qual têm muito pouco controle. É verdade não escolhemos ficar ou não em choque ou deprimidos consequentemente a uma perda de um ente querido ou qualquer outro acontecimentos traumático, mas é muito redutor pensarmos como muitas teorias sugerem, que a única coisa a fazer é esperar que o tempo cure tudo (Presa, J. in Barbosa, 2013).

Neimeyer (apud Presa, J. in Barbosa, 2013), embasado nesta concepção de luto ativo, descreve uma série de desafios que cada enlutado deverá enfrentar em seu processo de elaboração do luto, resguardando-se a singularidade de cada perda e de cada pessoa, consoante aos recursos de que dispõe para o seu enfrentamento:

- *Reconhecer a realidade da perda* – o teste da realidade mostra que a pessoa ou aquilo que se perdeu não existe mais – envolve lidar com a perda em um nível altamente emocional, através de sucessivas confrontações com as limitações impostas pela perda;
- *Abrir-se à dor*, alternado entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração (processo dual do luto⁹⁴); entre o sentir e o fazer; a atenção aos sentimentos mais dolorosos e a reflexão sobre tudo o que a perda envolve; e a reorientação para as tarefas cotidianas, que nos ajudam a descansar da intensa angústia que acompanha toda a elaboração ativa do luto. Segundo Presa (in Barbosa, 2013, pág.93) se nos centrarmos demasiado na dor da perda pode-se passar o mesmo que olhar fixamente para o sol;

⁹⁴ Desenvolvido por Stroebe e Neimeyer

- *Rever o próprio mundo de significados* – pois a experiência de perda afeta nosso sistema de crenças e pressuposições que, até aquele momento, sustentavam nossa vida, exigindo profundas revisões;
- *Reconstruir a relação com o que se perdeu* – as primeiras teorias do luto enfatizavam a necessidade de retirada da energia que se dedicava ao objeto perdido, para investi-la em outras relações. “*Falava-se de amor como se de dinheiro se tratasse*”. No entanto, em vez da morte determinar o fim da relação, ela transforma a relação, convertendo uma relação baseada na presença física noutra baseada numa conexão simbólica. “*Conservando esta conexão, podemos dar continuidade a uma história vital que foi interrompida pela perda, investindo no árduo trabalho de inventar um futuro cheio de sentido*”.
- *Reinventarmo-nos a nós mesmos* – através da revisão de nosso mundo presumido.

Uma parte de nós morre cada vez que perdemos um ente querido. Somos seres sociais e como tal construímos nossas identidades ao redor das pessoas mais importantes das nossas vidas, daí que a perda dessas pessoas gere um vazio dentro das nossas vidas, daí que a perda dessas pessoas gere um vazio dentro de nós. Um vazio que só podemos reparar com esforço e de forma gradual, estabelecendo novas formas de conexão com o que perdemos, assim como com o novo mundo com o qual nos vemos ‘condenados’¹ (Presa, J. in Barbosa, 2013).”

Assim sendo, a teoria de *Reconstrução de Significados* proposta por Neimeyer (2006) enfoca duas perspectivas de significado como centrais no luto: 1) a compreensão da perda; 2) busca de significado na experiência. A primeira pressupõe a adaptação no período inicial do luto, enquanto que a segunda desempenha o seu papel à medida que o tempo avança.

O que distingue os seres humanos dos animais é o fato de não vivermos somente em um mundo físico presente, mas também em um mundo de significados composto por lembranças de longo prazo, antecipações de longo alcance, reflexões, objetivos, esperanças, arrependimentos, interpretações, metáforas – em uma palavra, significados. De fato, essa capacidade de construir e habitar um mundo simbólico que nos permite bordar a experiência com a linguagem, falar e ser ouvido, relatar, revisar e resistir as histórias dos acontecimentos de nossos dias ou de toda a nossa vida. E, no entanto, às vezes, a teimosia física do momento presente se afirma, às vezes brutalmente, estressando ou destruindo o delicado tecido de significado do qual dependem nossos mundos supostos, vulneráveis demais. (Neimeyer, 2011).

Para Neimeyer (2011), as pessoas não passam por uma sequência rígida e universal de tarefas ou etapas após a perda, nem tampouco o luto encerra uma recuperação ou finalização com resultado pré-estipulado. Assevera ainda que o foco não pode ser somente nas repostas emocionais, minimizando ou excluindo as respostas comportamentais e os significados. Tampouco se trata de um processo individualizado que acontece fora do contexto relacional.

O modelo proposto pelo autor pauta-se na teoria construtivista ou narrativa da reconstrução de significado após a perda e luto. Neimeyer (2011) enfatiza que, quanto mais traumático o luto, maior a necessidade de reconstruir significado, sendo assim em perdas relativamente previstas ou normais uma minoria empreende a busca por significados, o que é considerado um preditor positivo.

Os construtivistas se detêm nos processos pelos quais as pessoas demarcam o fluxo da vida, organizando-a em episódios significativos e discernindo neles temas recorrentes que lhe dão significado individual, levando a busca por validação em seus relacionamentos com os outros. Em termos narrativos, é construída uma história de vida única, ainda que situada no tempo e no espaço. O que resulta em uma auto narrativa, uma estrutura cognitivo-afetiva-comportamental, que organiza as micronarrativas da vida em uma macro narrativa, o que acaba por orientar nossa atuação social. Segundo Neimeyer (2011), nossa consciência do *self* se assenta nas histórias que contamos sobre nós mesmos e os outros; as histórias que contam sobre nós; e aquelas que representamos. É esta auto-narrativa que é abalada no luto, instigando os processos de reafirmação. Ou seja, após uma perda que altera a vida, o enlutado é lançado na busca por significados em diferentes níveis:

- Prático – como isso aconteceu?
- Relacional – Quem sou eu agora que não sou mais esposa, mãe, pai, etc?
- Espiritual / Existencial – Por que Deus permitiu que isso acontecesse?

Como nos envolvemos e se paramos ou prosseguimos nestas reflexões, constituirá a maneira como integramos a perda em nosso *self* e quem nos tornamos a partir dela. Em suma, a reconstrução de significado proposta por Neimeyer⁹⁵ pauta-se em algumas preposições:

⁹⁵ (*apud* Presa, J. in Barbosa, 2013)

- A morte como acontecimento que valida ou invalida as construções que orientam nossas vidas, ou ainda se constitui em uma nova experiência em que as construções anteriores não podem ser aplicadas;
- O luto é um processo singular e único;
- O luto é algo que nós mesmos fazemos e não algo que fizeram conosco;
- O luto nos dá a oportunidade de reafirmar ou reconstruir o mundo pessoal de significados que foi abalado pela perda;
- Cada sentimento cumpre uma função e é indicador dos esforços no trabalho do luto em direção a reconstrução de significados depois da perda;
- Construimos e reconstruimos relacionalmente as nossas identidades como sobreviventes à perda.

No *Modelo de Processo Dual*⁹⁶ do Luto desenvolvido por Schut e Stroebe (2010 [1999]), o enlutado oscila entre dois tipos de enfrentamento: orientado para a perda e orientado para a restauração. No primeiro, ele busca lidar com a perda, detendo-se nela e trabalhando alguns dos aspectos que lhe dizem respeito. O segundo refere-se à possibilidade de lidar com as atividades cotidianas e reorganizar a vida. Logo após a perda, é esperado que o movimento do enlutado esteja mais direcionado para a orientação à perda e, com o passar do trabalho de luto, a expectativa é que se oriente mais para a restauração. Trata-se, certamente, de um processo gradual e singular, que envolve a oscilação entre as duas orientações, que é gradual e única, ou seja, atrelada aos inúmeros componentes inerentes ao luto percorridos no decorrer deste capítulo. A expectativa é que no decorrer do processo de elaboração do luto, a conexão com aquele ou aquilo que se perdeu possa ser mantida a partir da transformação da relação. Neste âmbito, terá papel fundamental o estilo de vinculação que cada pessoa possui. Ou seja, a forma de enfrentamento deste processo dual dependerá do estilo de apego de cada pessoa. Comumente, identifiquei, na clínica, esta movimentação nos pacientes em luto de qualquer natureza, em que em uma determinada sessão se apresentam mais orientados à restauração e,

⁹⁶ *Dual Process Model, DPM*

na seguinte, por exemplo, retornam mais orientados à perda. Compreender que essa oscilação faz parte do trabalho de luto faz toda diferença no manejo com o enlutado e nas intervenções propostas e, conseqüentemente, na construção de significados oriundas da perda.

O movimento oscilatório presente nesta teoria a distingue da teoria clássica de controle do estresse, por ser um processo dinâmico fundamental ao enfrentamento bem-sucedido.

Dual Process Model of Coping with Bereavement

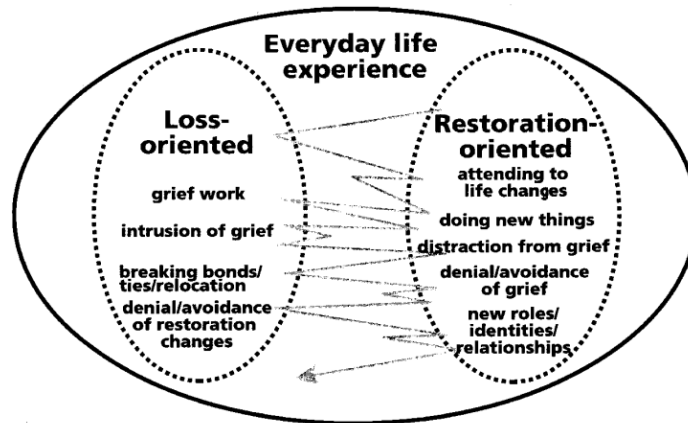


FIGURE 1 A dual process model of coping with bereavement.

Fonte da ilustração 2⁹⁷

Esta abordagem propõe que o enfrentamento adaptativo é composto de confronto entre os estressores da perda e o processo de restauração. Argumenta também sobre a necessidade de dosagem no trabalho de luto⁹⁸, ou seja, a necessidade de ter um alívio ao lidar com qualquer um desses estressores, como parte integrante do enfrentamento adaptativo. Neste aspecto, saliento que a permanência a longo prazo, sem qualquer movimento oscilatório, em qualquer uma dessas orientações pode incorrer na complicação do luto.

De acordo com os autores, o trabalho de luto, quando orientado para a perda, concentra-se no relacionamento, no vínculo com a pessoa perdida, e normalmente envolve ruminação sobre o falecido, sobre a vida, e sobre as circunstâncias e eventos que envolveram a morte. Também abrange o anseio pelo falecido, como olhar fotos antigas, imaginar como ele reagiria ou se choraria pela morte da pessoa amada. É evidente que uma série de reações emocionais estão envolvidas, desde lembranças agradáveis até desejos dolorosos, desde a felicidade pelo

⁹⁷ Stroebe e Schut (2010 [1999]).

⁹⁸ “As origens da noção de trabalho de luto podem ser rastreadas até 1917 no artigo de Sigmund Freud e seu conceito de *“Trauerarbeit”* (trabalho de luto). Lindemann (1944) e Bowlby (1980) incorporaram o conceito em suas próprias explicações sobre o processo de luto” (Stroebe e Schut, 2010 [1999]).

fato do falecido não ter sofrido por mais tempo, e o desespero por ter lhe deixado só. No início do luto, a orientação para a perda domina, mais tarde, a atenção se volta cada vez mais para outras fontes de agitação e angústia.

O segundo tipo de estressor de luto é a orientação para restauração, sendo que a 'restauração' aqui proposta, não se refere a uma variável de resultado, mas à fontes secundárias para lidar com o estresse, por exemplo, está focada no que precisa ser tratado (solidão social) e como é tratado (evitando a solidão), e não como resultado do processo (estar restaurado e reintegrado socialmente).

Quando um ente querido morre, não só existe tristeza pela pessoa falecida, também é necessário se ajustar a mudanças substanciais, que são consequências secundárias da perda. Em muitos lutos, essas fontes adicionais de estresse aumentam consideravelmente o ônus pela perda e causa extrema ansiedade e aborrecimentos adicionais. O que pode incluir: dominar as tarefas que o falecido havia empreendido (por exemplo, as finanças ou o cozimento); lidar com arranjos para a reorganização da vida sem o ente querido (por exemplo, pode ser necessário vender a casa); o desenvolvimento de uma nova identidade, de 'cônjuge' para 'viúva/o ou de 'pais' para 'pais de um filho falecido' (é digno de nota que não existe uma única palavra em nossa sociedade para essa mudança de identidade). Mais uma vez, uma infinidade de reações emocionais podem estar envolvidas em lidar com essas tarefas de restauração, alívio e orgulho por alguém ter dominado uma nova habilidade, ter tido coragem de sair sozinho, ansiedade e medo de que não se tenha sucesso, ou o desespero pela solidão de estar com os outros e ainda assim estar por conta própria (Stroebe e Schut, 2010 [1999]).

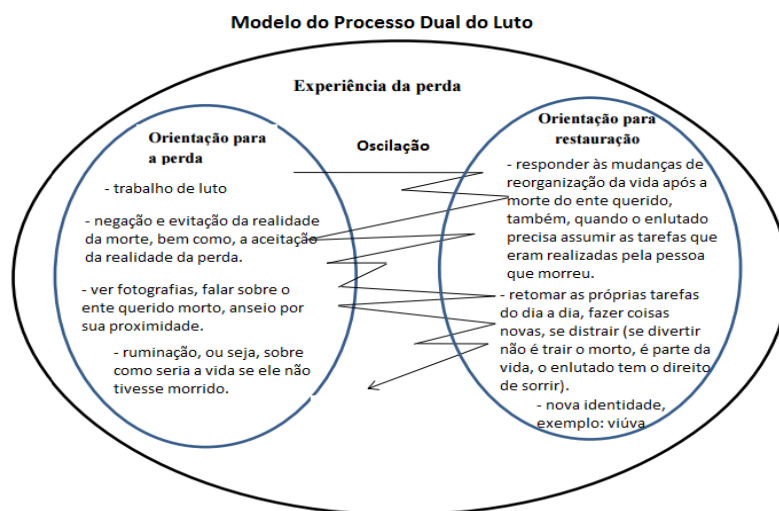


Ilustração 3⁹⁹

⁹⁹ SILVA, Maria das Dores Ferreira da; FERREIRA-ALVES, José. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 25, n. 3, p. 588-595, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

Stroebe e Schut et al, referem que o mais impactante no campo do luto hoje é a teoria do apego de Bowlby, uma vez que para este autor trabalhar com o luto é importante para reorganizar as representações da pessoa perdida, assim como aquelas relacionadas ao próprio *self*. Portanto, o conceito de trabalho de luto permanece central nas formulações teóricas sobre o tema e continua a influenciar nos campos aplicados, incorporando princípios de uma ampla variedade de programas de aconselhamento e terapia.

O confronto com a realidade da perda é a essência da adaptação ao luto. Isso precisa ser feito, a tarefa cognitiva precisa ser realizada, mas não incansavelmente, e não à custa de atender a outras tarefas concomitantes à perda. Precisa "Dosagem". Essa é a reivindicação mais central do modelo de processo dual que o distingue de outras formulações. No entanto, até que mais pesquisas sejam realizadas, deve-se ter cautela acerca das suposições ou implicações práticas de regularidades assumidas. A tarefa agora é fornecer mais informações empíricas na verificação dos componentes de enfrentamento do modelo de processo dual de enfrentamento do luto, por exemplo, o próprio processo de oscilação e sua eficácia (Stroebe e Schut, 2010 [1999]).

No que se refere aos tipos de lutos e seus complicadores, estudos (Bowlby, 1983 [1969]) sugerem que os adultos cujo luto segue um curso patológico, já eram predispostos a estabelecer relações afetivas de tipos especiais, como:

- a) Elevado grau de apego angustioso combinado com ambivalência clara ou disfarçada;
- b) Acentuada disposição para prestar cuidado compulsivo;
- c) Esforços exaustivos para reivindicar a autossuficiência emocional e a independência de todas as ligações afetivas.

Segundo o Modelo Dual de Luto, Stroebe e Schut (1999, 2001a), a capacidade de oscilação, de engajamento no enfrentamento voltado para a perda, entrando em contato com os sentimentos mobilizados pela mesma, em alternância com o enfrentamento voltado para a restauração, utilizando-se, quando necessários, dos recursos defensivos para focar em tarefas cotidianas, permite a elaboração do luto e a construção de significado. Na falta de oscilação entre os diferentes modos de enfrentamento (voltado para a perda e a restauração), o processo fica "congelado", é dificultada a transformação da relação com a pessoa perdida, o que pode ter um custo para a sua saúde física e mental (Mazorra, 2009, p. 212).

Stroebe e Schut (2010 [1999]) referem-se às complicações do luto como consequência

da falta de oscilação entre as estratégias orientadas para a perda e àquelas orientadas à restauração, ou ainda a distúrbios neste processo. Como veremos adiante, nas situações de complicação do luto, a pessoa tende a fixar-se em uma ou outra tarefa. Exemplificando, as pessoas que enfrentam uma condição de luto inibido ou adiado tendem a fixar-se na orientação voltada para a restauração, já naquelas pessoas com expressões de cronificação do luto, a fixação acaba por ser na perda. No entanto como observa Mazorra (2009), “*sob a ótica do Modelo Dual de Luto, os comportamentos, sintomas e reações são considerados de forma ampla, não apenas como indicadores de elaboração ou complicação, (...) mas como um recurso necessário ao enfrentamento*”.

Parkes (1998a, 1998b) defende esse modelo quando afirma que os mecanismos de defesa geralmente são bloqueios parciais que se alternam ou coexistem com a consciência dolorosa da perda, e o processo dual de oscilação é parte de um processo gradual de tomada de consciência. A evitação intermitente da perda é parte normal e necessária do processo de luto e os problemas aparecem quando a pessoa se mantém fixada na evitação ou, em um outro extremo, torna-se obcecada e preocupada com a expressão de pesar. Ainda para o autor, (Parkes, 2006), esse modelo permite a compreensão de como se dá, no processo, o atendimento as necessidades de apego e de transformação diante de uma lembrança, diante de uma mudança importante, como uma perda significativa (Mazorra, 2009, p.35).

A maioria das pessoas passa pelo processo de luto seguindo o curso normal, sem precisar de qualquer intervenção terapêutica¹⁰⁰, mas uma pequena parcela apresenta perturbações no curso do luto e/ou entra em colapso. Parkes (1998) aborda as principais formas de luto complicado¹⁰¹:

- Luto Crônico – passados anos o enlutado continua a sofrer intensamente pela pessoa perdida, não permitindo a si mesmo avançar rumo à continuidade da vida. Condição que pode coexistir com ideação suicida;
- Luto Adiado – as reações imediatas à perda não se manifestam, havendo um prolongamento na evitação ou negação da realidade da perda, estas reações costumam eclodir mais tarde em situações inesperadas. Este tipo de luto pode resultar em depressão.

¹⁰⁰ Muito embora necessite do suporte daqueles que ama, suporte social, entre outros.

¹⁰¹ Parkes utilizava a nomenclatura patológico à época.

Acrescentamos aos dois tipos de luto complicado apresentados por Parkes, o Luto Ambíguo (Boss, 1999¹⁰²) que, segundo Boss, é o tipo mais desconcertante, inquietante e promotor de sobrecarga no enlutado, portanto, demorado e confuso. Trata-se de um desajustamento relacional ou sistêmico e não individual, pois envolve a família e/ou a comunidade, e por isso mais severo.

A ausência e a presença não são conceitos absolutos. Não é necessário existir a morte de alguém, para existir o sentimento de perda de alguém que nos é querido. As pessoas queridas podem desaparecer física ou psicologicamente. Estando fisicamente presente, a pessoa pode estar ausente, como os doentes de Alzheimer. Mas podem ser mencionadas outras situações, como patologias mentais, ou mesmo, experiências de rapto e prisioneiros de guerra. Essas situações ambíguas nas quais a pessoa possa estar viva ou morta, bem ou mal, constituem uma forma de perda muito específica e de maior sofrimento psicológico, porque não há a possibilidade de resolução do luto da mesma forma. É um processo circular, onde os pensamentos e as emoções se repetem vezes sem conta (Arranhado C. in Barbosa [org] et al, 2013, p.253/254).

O luto ambíguo costuma ser extremamente desgastante e até traumático devido à incapacidade de solucionar a situação que causa o sofrimento. Caracteriza-se pelo *stress* causado pela perda, da qual é difícil se falar porque remete a algo impossível de reparar ou algo do gênero. O enlutado sente-se totalmente impotente, não encontrando apoio naqueles que lhe são próximos, e que em muitos casos ainda podem contribuir culpabilizando-o, por exemplo. Para Boss¹⁰³, existem dois tipos de luto ambíguo: 1) presença física e ausência emocional; 2) presença psicológica e ausência física. Sendo que ambos podem comprometer o curso do luto.

É importante distinguir luto ambíguo da patologia de stress pós-traumático (PTSD¹⁰⁴), porque sendo ambas, experiências dolorosas, o luto ambíguo não é uma situação/incidente crítica, vivida num momento isolado, mas sim uma situação que não tem fim. A dor pode permanecer para sempre, num círculo de emoções e pensamentos, que podem conduzir a comportamentos de busca incessante da pessoa desaparecida (Arranhado, C. in Barbosa [org] et al, 2013, p. 257/258).

Alexandra Coelho¹⁰⁵ *alude que a devastação da perda só poderá ser realmente compreendida se considerarmos que este desaparecimento abala a estrutura onde a pessoa construiu toda a sua vida. Isto é, o mundo presumido da pessoa é comprometido e ela precisa criar outros significados da vida para seguir adiante.*

¹⁰² (Boss apud Arranhado, C. in Barbosa [org] et al, 2013).

¹⁰³ Boss apud Arranhado, C. in Barbosa [org] et al, 2013.

¹⁰⁴ TEPT

¹⁰⁵ Coelho, A. in Barbosa [org] et al, 2013.

Nem todo luto é traumático, mas há situações que, sem dúvida, produzem a interseção entre o processo de luto e o episódio traumático, como catástrofes, perdas múltiplas, súbitas ou violentas, conforme Green (2000)¹⁰⁶, ou a uma série de aspectos que incluem, entre outras coisas, a vulnerabilidade pessoal e o estilo de apego/vinculação. Entre os principais aspectos dessa interseção encontra-se a desorganização ou ruptura da capacidade adaptativa dos sujeitos o que tende a comprometer a continuidade da vida em vários níveis, especialmente nas atividades de vida diária, na mobilização de recursos de enfrentamento, e nos esquemas de pensamento e interpretação da realidade. O segundo aspecto mencionado por Green remete a ruptura do sistema de vinculação e conseqüentemente a perda de segurança e proteção, inclui aqui o desamparo. O terceiro aspecto corresponde à aniquilação e desaparecimento do eu, que pode estar relacionado tanto à percepção de ser incapaz de sobreviver à morte da figura de apego, como ao terror induzido pela ameaça à vida e, por fim, a percepção de falta de controle sobre o curso dos acontecimentos.

A sobreposição destas reações dá origem a um quadro nosológico distinto, identificado como luto traumático (Jacobs et al, 2000), e que se diferencia por: 1) atordoamento e embotamento emocional; 2) dificuldade em reconhecer a morte (descrença); 3) sentimento de que a vida é vazia ou sem significado; 4) sentir que a parte de si morreu; 5) identificação com sintomas ou com o comportamento do falecido; 6) quebra das suposições básicas da vida (perda de segurança, confiança e controle) – (Coelho, A. in Barbosa [org] et al, 2013, p. 237).

Para Kauffman (2002)¹⁰⁷, o que distingue o luto traumático do luto normal é a intensidade da violação e fragmentação do *self*, que no caso da experiência traumática é desintegrado, uma vez que as estruturas defensivas foram abaladas. Por conseguinte, os recursos adaptativos até então utilizados, fracassam. Segundo Horowitz (1975/1982)¹⁰⁸ – a partir da elaboração do modelo de processamento cognitivo do trauma – existe uma tendência a repetição contínua de memórias ou reexperimentações somáticas relacionadas com o evento traumático, na tentativa de revisão dos esquemas cognitivos dissonantes, visando a incorporação do acontecimento ameaçador. No decorrer deste *continuum*, a uma alternância entre a intrusão e negação presentes no trauma. O primeiro inclui sintomas como: hipervigilância, reações de alerta, pensamentos, comportamentos e emoções repetitivas e intrusivas, reexperimentações somáticas, confusão e desorganização. No segundo, existem sinais de falta de atenção seletiva, amnésia, aturdimento, afastamento das atividades diárias,

¹⁰⁶ Coelho, A. in Barbosa [org] et al, 2013.

¹⁰⁷ Kaufman apud Coelho, A. in Barbosa [org] et al, 2013.

¹⁰⁸ Coelho, A. in Barbosa [org] et al, 2013.

pensamento fantasioso e comportamento de fuga.

Neste aspecto, o trabalho consiste na capacidade de processamento cognitivo e emocional do material traumático, integrando-o. Caso haja falha no processamento da integração, ocorrerá algum tipo de fragmentação da consciência a fim de evitar o contato com a experiência insuportável.

Há ainda outro tipo de luto, o qual não se caracteriza em termos patológicos ou complicado, normalmente evidenciado em situações de iminência da perda, como nos casos de doenças graves ou agravamento de uma doença, trata-se do luto antecipatório, conceito cunhado por Lindemann (2006 [1944]¹⁰⁹).

Se o processo de luto por vivido demasiado cedo pode existir o risco de ocorrer uma desvinculação prematura (Rando, 1991), retirando o investimento emocional da pessoa amada antes do falecimento efectivo desta. Este risco pode ser evitado, continuando a estar envolvido com a pessoa no aqui e agora, enquanto a outro nível se prepara para um futuro com a pessoa no aqui e agora, enquanto a outro nível se prepara para o futuro sem ela. Assim, o luto antecipatório pode ajudar a suportar a perda, permitindo que o enlutado acompanhe a sua pessoa amada enquanto tal for possível (Machado, C. in Barbosa [org] et al, 2013 p.73).

Para fins desta dissertação o tipo de luto que merece nossa maior atenção é o luto não reconhecido¹¹⁰ desenvolvido a partir dos estudos de Keneth Doka (1989)¹¹¹, maior referência sobre o assunto. Trata-se de um luto privado de direitos, de modo que a perda pessoal não é reconhecida abertamente, não é sancionada socialmente, tampouco lamentada publicamente.

Ressaltamos que o conceito de luto não reconhecido integrou uma perspectiva sociológica ao estudo do luto e da perda, que até então enfatizava o luto somente como um processo intrapsíquico, quando em verdade trata-se de um processo fortemente influenciado pelo grau em que outros indivíduos e a sociedade em geral reconhecem e validam a perda. Doka (2009) enfatizou ainda que o luto é complicado quando os outros não reconhecem que o indivíduo tem o direito de vivenciar sua perda.

Como afirma Doka (1989), o conceito de luto não reconhecido parte do princípio que qualquer sociedade tem um conjunto de normas ou ainda

¹⁰⁹ No livro: *Clinical Dimensions of Anticipatory Mourning: Theory and Practice in Working With the Dying, Their Loved Ones, and Their Caregivers*.

¹¹⁰ A tradução literal do termo é luto não franqueado, utilizamos aqui o termo em sua tradução consolidada.

¹¹¹ ‘Disenfranchised Grief: recognizing, hidden, sorrow’

“regras de luto” que estão a serviço de especificar quem, quando, onde, como, por quanto tempo e por quem devemos expressar sentimentos de luto ou pesar. Porém, em qualquer sociedade, estas regras de luto podem não corresponder à natureza do apego, ao senso de perda ou aos sentimentos dos sobreviventes (Casellato, 2015a, p.25).

Doka (2009) refere, portanto, que toda sociedade tem suas regras, e quando ocorre uma perda, essas regras de luto incluem não apenas como devemos nos comportar, mas também como devemos sentir e pensar. Determina-se, assim, quais as perdas que poderão ser sofridas, quem poderá legitimamente sofrer com a perda, como a pessoa vivenciará, e como e quem poderá responder de forma empática e com apoio. Esta perspectiva pode trazer implicações não só sobre os costumes ou comportamentos esperados informalmente, sejam eles sociais ou culturais, mas também em declarações formais, como políticas da empresa que estendem o luto a certos indivíduos, ou a regulamentos e leis que definem quem tem o controle do corpo ou dos rituais fúnebres do falecido.

Em diversas sociedades, essas regras de luto limitam o luto à morte de membros da família. Quando um membro da família morre, é permitido e espera-se pelo luto, geralmente de uma maneira específica. No entanto, os seres humanos existem em redes íntimas que incluem parentes e não parentes. Eles abrigam apego a companheiros humanos, animais e até lugares e coisas. As pessoas experimentam uma ampla gama de perdas - mortes, separações, divórcios e outras mudanças ou transições. Quando esses apegos são cortados, seja pela morte ou por qualquer outra separação, o indivíduo sofre essa perda de maneira característica. Os indivíduos podem experimentar, expressar e adaptar-se à perda de várias maneiras, algumas fora das regras de luto. Em tais situações, a experiência pessoal do luto é discordante das regras de luto da sociedade. A pessoa experimenta uma perda, mas outros não reconhecem esse sofrimento. Essa pessoa não tem o direito social de lamentar essa perda ou de lamentar dessa maneira específica (Doka, 2009).

Doka (2009 [1989]) atribuiu a cinco pressupostos os motivos da privação de direitos ao luto, ou seja, situações de não reconhecimento do luto. Salientamos que, em algumas situações, pode haver sobreposição destes aspectos:

- 1) O relacionamento não é reconhecido, pois não se baseia em laços afetivos validados socialmente, muito embora sejam vínculos intensos e duradouros. A proximidade não pode, assim, ser entendida ou apreciada, os enlutados podem não ter a plena oportunidade de sofrer publicamente pela perda. No máximo, é esperado que eles apoiem e ajudem os membros da família. Como acontece entre amantes, amigos, vizinhos, pais adotivos, colegas, sogros,

padrastos e enteados, cuidadores, pacientes e terapeutas, colegas de trabalho, homossexuais.

- 2) A perda ou a realidade da perda não é reconhecida, portanto, a perda não é legitimada socialmente como significativa. Os indivíduos experimentam muitas perdas - algumas relacionadas à morte, como perda perinatal, outras não relacionadas, como divórcio, encarceramento, perda de um emprego ou bens materiais, ou uma mudança significativa de comportamento que pode não ser reconhecida por outras pessoas. Existem muitos outros tipos de perda, as quais podem ser profundas, mas ainda assim não podem ser reconhecidas ou validadas: como, por exemplo, um adolescente que aspira a uma carreira esportiva e é expulso de uma equipe; ou dos pais de um filho nascido com uma deficiência no desenvolvimento; um jovem que experimenta adoecimento grave ou perda de parte do corpo, e pode experimentar uma perda de sonhos; aborto; mutilações, mudança de cidade/país ou comunidade. Da mesma forma, a perda de reputação devido a escândalo, fofoca ou prisão, pode ser devastadora. Mesmo as transições na vida podem envolver perda. O envelhecimento, por exemplo, leva a constantes perdas no desenvolvimento e outras tantas perdas associadas a diferentes aspectos da vida.

Para Doka¹¹² existe, neste âmbito, a perda social, na qual a pessoa existe, mas é tratada como morta; situações de institucionalização ou ainda, a perda psicológica, em que a pessoa perde a consciência da existência (como no Alzheimer), ou quando passa por alguma transformação e não é mais reconhecida como a pessoa que existia antes.

- 3) O enlutado não é reconhecido, aqui a pessoa não é socialmente definida como capaz de sofrer, portanto, há pouco ou nenhum reconhecimento social de seu sentimento de perda ou necessidade de enlutar-se. Em geral, os idosos tanto quanto os muito jovens são vistos como tendo pouca compreensão ou reação à morte de um outro significativo. Da mesma forma, as pessoas com deficiência ou doença mental também podem ser tratadas como incapazes de

¹¹² (1989) Apud Casellato (2015)

enlutamento. Outras situações podem envolver as perdas de bebês natimortos, casos de infertilidade, mães que dão os filhos para adoção, profissionais de saúde em geral.

- 4) Circunstâncias da morte não são reconhecidas, ou seja, a morte não é reconhecida, sendo assim a natureza da morte pode restringir a solicitação de apoio aos enlutados, bem como limitar o apoio oferecido. Por exemplo, sobreviventes de perda por suicídio geralmente sentem um estigma, acreditando que outros podem julgar negativamente a família por causa do suicídio. *Nestes casos, muitas vezes o atestado camufla a causa real*¹¹³. Da mesma forma, o estigma da AIDS pode levar os sobreviventes a serem cautelosos ao compartilhar a perda com outros. Outras perdas podem incluir pessoas desaparecidas, homicídio, terrorismo. Em nosso país e, especialmente, em nossa cidade, a perda de jovens envolvidos com atividades ilícitas, perda de animal de estimação, aposentadoria.

- 5) A maneira de enlutar-se e o modo como um indivíduo sofre, ou seja, a sua expressão de pesar não é reconhecida. Certos modos de expressar pesar podem ir contra as regras de luto de uma determinada sociedade e, portanto, podem ser desencorajadas. Como acontece no caso de mães que perdem os filhos, onde é esperada reação intensa e prolongada, com choro compulsivo; ou reações masculinas mais intensas que provocam desconforto, por se esperar do sexo masculino reações mais contidas.

A ausência de reconhecimento de direitos pode exacerbar o luto de várias maneiras:

- 1) As situações mencionadas tendem a intensificar as reações de luto, desencadeando níveis mais altos de culpa, raiva e confusão;

- 2) As relações ambivalentes e crises concomitantes foram identificadas como condições que complicam o luto e essas condições geralmente podem existir em muitos tipos de luto não-reconhecido.

¹¹³ Casellato, 2015a

Para Doka¹¹⁴, é fundamental que o tratamento de pessoas devido ao não reconhecimento do luto possa ocorrer como em qualquer forma de luto complicado devido à limitação do apoio social, o que imputa ao enlutado a vivência da perda em total isolamento e solidão. Sugere que a chave para o tratamento da dor está na análise do que é conhecido como *falha empática*¹¹⁵. *Falha empática* refere-se aos fatores que limitam o suporte, gerando a privação de direitos. Analisada a causa da falha empática, pode-se propor intervenções que desenvolvam ou compensem a falta de apoio.

Tem razão Doka de dedicar-se intensamente à exploração e compreensão das diferentes manifestações de luto não reconhecido, buscando novas formas de pensar e agir sobre este fenômeno, uma vez que sua negligência torna-se questão de risco para a saúde pública.

No Brasil, como pudemos observar em outros países, sancionar esses lutos provocará efeitos significativos na educação para a morte, nas intervenções com enlutados e no direcionamento de pesquisas futuras. Há muito o que fazer. Há muito o que mudar (Casellato, 2015a, p. 32).

Acredito que as tarefas terapêuticas propostas por Bowlby, em 1989 – e que remetem muito mais a postura do terapeuta - podem contribuir no cuidado ao que Doka denominou *falha empática* e suas consequências. Estas cinco tarefas terapêuticas destinam-se ao trabalho clínico, visando oferecer condições ao paciente de explorar seus modelos representacionais de si mesmo e de suas figuras de apego, a fim de reavaliá-los e reestruturá-los a partir da relação terapêutica. Sejam eles:

1. Oferecer ao paciente uma BASE SEGURA, a partir da qual ele possa explorar os aspectos dolorosos de sua vida, acompanhando por um alguém (terapeuta) confiável, que ofereça suporte, coragem, simpatia e, se necessário, orientação;
2. Assistir ao paciente em suas explorações, encorajando-o a considerar às suas relações com as figuras significativas da vida; as suas expectativas acerca de seus sentimentos e dos comportamentos dos outros; as tendências inconscientes;
3. Criar condições para que o paciente examine a relação terapêutica (uma relação especial), ocasião em que o paciente poderá examinar suas percepções,

¹¹⁴ (1989) Apud Casellato (2015)

¹¹⁵ Neimeyer e Jordan (2002), sugerem quatro dimensões do fracasso da empatia: 1) do *self* com o *self*; 2) do *self* com a família; 3) do *self* com a comunidade estendida; 4) do *self* com a dimensão espiritual (Casellato, 2015b).

construções e expectativas de como a figura de apego tende a se sentir e a se comportar em relação a ele;

4. Encorajar o paciente a considerar como as suas percepções, expectativas, sentimentos e ações atuais podem ser tanto produto de situações que ele vivenciou na infância e adolescência, como produto daquilo que ele pode repetidamente ter ouvido dos pais;
5. Encorajar o paciente a reconhecer suas imagens (modelos) de si e dos outros, derivadas de experiências dolorosas do passado ou de mensagens enganadoras. Diria, não só do passado remoto relacionado às figuras iniciais de apego, como também na atualidade, como acontece no caso do luto não reconhecido.

Reconhecer implica admitir algo como verdadeiro ou real e, quando não o fazemos, é por ignorarmos sua existência, por sua ambiguidade ou, ainda, por nos defendermos da emoção ou das consequências que sua existência nos provoca (Casellato, 2015b, p.15)

O fato do luto não ser legitimado torna-se um fator risco de risco para o luto complicado, não só pelo fato de não ser validado socialmente e pela ausência de suporte social, mas por impedir a sua revelação e manifestação para evitar uma resposta social ainda mais negativa. As características do luto não sancionado são apontadas por Gilbert (1996): a) estigma social; b) segredo mantido por meio do isolamento; c) ausência de rituais de luto, impedindo a expressão de crenças e valores relacionados à perda e que poderiam contribuir para a construção de significados. Impedindo ainda o compartilhamento dos sentimentos e o recebimento de apoio; d) o pesar não é expressado no momento da perda e as emoções reprimidas, sufocadas e frustradas, podendo acarretar na intensificação e prolongamento das reações: tristeza, culpa, raiva, solidão. O luto é negado, pois pode haver reações hostis mediante sua expressão; problemas legais e econômicos. *“Quando o luto é negado pela sociedade, este processo passa a ser vivido da mesma forma no nível intrapsíquico, muitas vezes regido por sentimento de culpa, raiva, medo e vergonha”* (Casellato, 2015, p. 31/32).

O luto não reconhecido é um fenômeno psicossocial que tem como desafio a legitimação do sofrimento humano diante de uma perda, independentemente de quando as reações de luto se manifestam, quem as manifesta, como, por que, por quem se manifestam (Casellato, 2015b).

Resgatando os tipos de luto¹¹⁶ abordados, temos:

- Luto Normal
- Luto Antecipatório ou Antecipado
- Luto Crônico
- Luto Inibido ou Adiado
- Luto Ambíguo
- Luto Traumático
- Luto Não-Reconhecido

No decorrer deste tópico, pude discorrer sobre o conceito de luto em seus pormenores, embasada em estudos e pesquisas desenvolvidas por inúmeros autores que se debruçaram sobre a compreensão ampliada e aprofundada sobre esta temática. Contudo, não tenho a pretensão de esgotar o tema, porque existem outros e respeitáveis teóricos neste campo. Mesmo naqueles aqui referenciados, há muito conteúdo para ser examinado. Procurei me deter nos principais conceitos e nuances sobre o luto, colocando em evidência àqueles com maior representatividade em nossa própria construção teórica.

Com a finalidade de fechar este tópico, apresento a seguir algumas informações acerca do manejo em situações de luto, naqueles casos onde houver a necessidade de intervenção terapêutica¹¹⁷, sublinhando a preponderância das tecnologias relacionais nesta clínica, onde há a ruptura do mundo presumido de uma ou mais pessoas (Parkes, 1998). Destes componentes relacionais destacamos a “*disponibilidade*”, assentada especialmente na escuta ativa (Barbosa, 2006¹¹⁸) e na constituição de um espaço intermédio onde se possa habitar o sofrimento, através da co-construção de um abrigo seguro (Barbosa, 2013), que torne possível o processo de construção de significados, por meio da transformação e ressignificação da relação com aquele ou o que foi perdido. Este processo envolve a reformulação do modelo operacional interno, mediante diversas questões desencadeadas pela perda e pelo luto.

¹¹⁶ Rando (apud Sanders, 1999 in Melo, R., 2004) identificou sete variações de luto complicado: 1) luto ausente; 2) luto atrasado; 3) luto inibido; 4) luto distorcido; 5) luto conflituoso; 6) luto inesperado; 7) luto crônico.

¹¹⁷ Como é o caso do manejo em situações de luto traumático.

¹¹⁸ (Barbosa, A. in Barbosa [org] et al, 2013).

Outro componente é a “*autenticidade*”, a qual manifesta-se numa congruência relacional, porém exige nos remetermos as próprias opiniões e crenças, por meio de uma relação genuína, autêntica, respeitosa e responsável.

Só esta autenticidade pode agasalhar a queixa do enlutado, exalada de si, arrancada do fundo do corpo e dirigida ao outro como apelo de ajuda por quem sente a sua subjetividade profundamente afetada pelo vivido paradoxal de, por um lado, assistir a uma intensificação do sentimento (doloroso) de existir e ao mesmo tempo a diminuição (violenta) de potência de agir, espartilhado por um inclemente abandono (Barbosa, 2013, pág,7).

O terceiro componente “*alusividade*”, que traduzo como a possibilidade de ‘estar com’ o outro numa relação de reciprocidade na co-construção de um espaço de confiança onde a reflexividade acerca do luto possa emergir, ao mesmo tempo em que se permite transitar entre memória e esquecimento. “*Neste rodopio incessante pela cartografia íntima pode ressumbrar uma ‘congestão’ da memória, sitiada pela dor, que pode ser contudo desobstruída por um resscutar indeterminado de presenças instantes vivazes*” (Barbosa, 2013).

Outro importante componente, a “*penetrância*”, mantém elásticas as possibilidades de auxílio ao enlutado na reconfiguração de seu mundo presumido, para isso é preciso descartar as intervenções marcadamente prescritivas. “*É uma influência atmosférica, de um ambiente indeterminado e não uma prescrição objetiva (“para o próximo mês tem que aliviar o luto”) ou de incitação (“vá ao cinema”) à ação ou de demonstração de convicções” (já disse que não é assim que as coisas se passam)*”.

Soma-se aos componentes mencionados, a “*diluição*”, que refere-se a reintrodução da vida, não prescritivamente, mas no criar de condições de sobrevivência. E o componente da “*transmutação subterrânea*”, “*quase imperceptível mas visível, indiscernível mas sonoro, não é da ordem da representação, do espetáculo...*”, onde o enlutado vai encontrando espaços de restauração e ligação inesperados, é a “*reformulação de uma narração orientada para o futuro, numa refiguração de si...*”. “*Da fixação do passado a nostalgia do presente, pode-se orientar de novo para o futuro*” (Barbosa, 2013, p. 10 a 13).

Antônio Barbosa nos apresenta à alguns componentes aparentemente incomuns, mas que, em termos gerais, revelam elementos básicos da clínica psicanalítica: escuta, hospitalidade, presença, transferência, contratransferência, implicação e reserva. Componentes

indispensáveis ao manejo clínico, inclusive em situações de enlutamento. Além disso, remete a reconstrução de significados e ao movimento dual no processamento do luto.

3.4 A Travessia de um Luto – uma narrativa de cuidado ao enlutado

Lembro que quando tudo começou, era escuro. E hoje, depois de todos esses anos de labirinto, todos esses anos em que avanço pela neblina ¹¹⁹empunhando a caneta diante do meu peito, percebo que o escuro era uma ausência. Uma ausência de palavras. Essa escuridão é minha pré-história. Eu antes da história, eu antes das palavras. Eu caos (Brum, 2014, Prelúdio).

A vida de cada um é também a tessitura desse monstruário pessoal no qual vamos nomeando os seres que assombram apenas a nós (Brum, 2014, p.57)

Há realidades que só a ficção suporta. Precisam ser inventadas para ser contadas (Brum, 2014, p.78).

Viver é sofrer. Sobreviver é encontrar algum significado no sofrimento (Nietzsche)

Esta história começa a partir do pedido de um médico, residente em psiquiatria, pela parceria de uma psicóloga que juntamente com ele, pudesse produzir alguma “*mudança nos rumos da história de Ruth*”, que se encontrava internada há aproximadamente um mês e meio, em estado de profunda melancolia, apresentando sintomas como: mutismo, anedonia, negativismo, dentre outros. Nesse primeiro momento, não havia clareza quanto à dimensão do que nos aguardava, porém era evidente a necessidade de uma intervenção, que se configurava como uma questão de sobrevivência para Ruth, que definhava a olhos vistos, não aceitando qualquer abordagem.

E assim, me deparo com Ruth, com as roupas do hospital, suja dos pés à cabeça, descabelada, repleta de piolhos ‘criados’ a andar pelo seu rosto e em tentativas de invadir sua boca, descalça, sem comer ou tomar água, como se nada pudesse ser naquele momento assimilado, só, olhar triste, perdido. O impacto foi grande! O que sua história revelaria por trás de marcas tão intensas e dolorosas?! O que essas marcas revelariam em termos de sofrimento? A esta minha primeira impressão de uma dor tão profundamente insuportável, somou-se a de que, por alguma razão desconhecida e de algum modo, seu olhar se mantinha atento; sofrimento que a mantinha calada por fora, no entanto, murmurante por dentro.

Passado o impacto, iniciamos a busca por um sinal de vida em Ruth, um gesto, um olhar, uma palavra, um cuidado, mas nada acontecia! Passávamos por ela e a cumprimentávamos, mas não ouvíamos nada além de nossa própria voz. Algumas vezes ela se decidia por falar alguma frase com alguém e certa vez procurou seu médico para conversar, mas comigo nada, e isso me angustiava sobremaneira. Como alcançá-la? Como me tornar visível? Como ajudá-la? Impotência!!!

Até que, certo dia, Ruth passa por mim gritando algo e, apesar do receio em perguntar e não obter qualquer resposta, arrisquei: “você está brava hoje?”, e continuei a caminhada. Alguns passos adiante, senti uma mão no meu ombro, seguida da pergunta “é brava ou braba?”, era Ruth, afastando-se logo após minha resposta.

Depois disso, voltamos ao silêncio, que parecia interminável, e tudo permaneceu aparentemente imutável. Foi preciso mudar a estratégia de ação e, dos cumprimentos sem resposta, passamos as respostas. Penso que foi necessário nos colocarmos no lugar de alguém que deseja pelo outro que não está podendo temporariamente desejar, nem tampouco falar desse desejo. E assim, interpretávamos ou interpelávamos de acordo com o que nos era possível, atos, expressões, desejos de Ruth, inclusive de morte. Instigávamos sua curiosidade diante da vida, mesmo que tudo nela pedisse o contrário. Deste modo, o acolhimento não só se fez palavra, como também ato, pois nos colocávamos diante dela para facilitar e mesmo provocar nossos encontros.

Foi em uma dessas tentativas, quando a observávamos no contato com duas crianças, que pudemos iniciar a primeira das inúmeras e longas conversas, sempre repletas de indagações deveras profundas sobre o sentido da vida, a confiança, o cuidado de si e dos outros e a morte. Nessa primeira conversa, Ruth refere perceber nosso desejo e nossa tentativa de promover cuidado a ela e nos diz: *“sei que preciso me cuidar, mas primeiro preciso acreditar no mundo. Que adianta se cuidar se por dentro ainda não acredito no mundo. Não é verdadeiro, quanta gente faz isso e por dentro não é nada disso. Vou me cuidar, mas quando chegar a hora”*. Assim, selamos um pacto temporal, de um tempo que não era de Kronos, mas de Kairós, e nos mantivemos presentes, sem forçar nada, sem qualquer imposição, construindo delicadamente alternativas possíveis de cuidado e subjetivação.

Qual a finalidade no resgate da história de uma paciente, em uma de suas internações psiquiátricas, ocorrida há 21 anos? E, ainda mais em se tratando da justificativa do minha dissertação de Mestrado, cujo tema é “o luto dos profissionais das Residências Terapêuticas”? Ou seja, quando sequer existiam tais dispositivos de moradia e eu nem sonhava que um dia viria a trabalhar com eles?

Se é que há uma resposta, esta advém na forma de um encontro repleto de afetos e afetações. Psicóloga recém-formada, recém-chegada a cidade do Rio de Janeiro, compondo a terceira turma de residência multi em Saúde Mental do IPP à época, e mãe enlutada há poucos meses, enfrenta o desafio de atender, pode-se dizer, sua primeira paciente no espaço de uma instituição psiquiátrica, diga-se, também uma mãe enlutada. Ou ainda, uma mãe melancólica, sofrendo todos os efeitos avassaladores da perda violenta de seu filho adolescente. Nesse cenário de tantas intensidades, nos (re)descobrimos, mulheres, mãe, paciente-profissional. Ouso dizer, com toda a magnitude que esse encontro comporta, da primeira paciente jamais se esquece. Ruth marcou minha trajetória profissional e, por que não, pessoal. Falar sobre luto é me remeter ao nosso encontro, primeiro entre muitos durante minha trajetória profissional atravessada por esta temática, especialmente no que diz respeito ao enlutamento materno.

Na ocasião da formulação do convite de parceria pelo médico à psicóloga, não era de cunho público que ambas, a paciente e a profissional se tratavam de mães enlutadas, uma havia três anos e outra há aproximadamente 7 meses. Muito embora tenhamos atravessado uma trajetória tênue, delicada e perigosa em virtude das perdas experimentadas, mantive meu lugar enquanto profissional. Mais do que isso, pude consolidar-me como profissional, a partir e por meio desta convergência. Serei (e)ternamente grata a Ruth que, por intermédio da empatia e da potência advinda do ato de cuidar, me fez acreditar na vida novamente.

Para ser melhor equipado a dar testemunho da dor e lutas de outros, eu sinto que é necessário se esforçar para compreender e gerir a minha própria perda e luto (Ellis, 2013).

Foi nesse processo de encontros, bem como de desencontros, que pudemos escutar Ruth, verbalizar repetidas vezes, suas dores pelo filho morto, a fim de ressignificá-las: *“Toda vez que entro em crise, falo que ele não morreu, porque eu queria que ele estivesse vivo”*. *“Porque Deus faz isso com a gente?”*. Pergunta para a qual não há resposta possível, dor inominável! E,

ainda assim, pudemos contribuir na reconstrução de uma vida possível e palpável para Ruth, inclusive ajudando-a a reencontrar e se reaproximar dos filhos sobreviventes.

Penso, em retrospectiva, que passado todo esse tempo e sem poder responder a essa pergunta de Ruth, e de tantas outras mães, psicóticas ou não, me senti impelida a transformá-la em unísono em relação à importância do cuidado ao luto, em especial ao luto interdito; do cuidado às pessoas enlutadas. Conforme temos conhecimento na contemporaneidade, a partir dos vários estudos existentes, este ainda se apresenta como um tabu. O que no campo da atenção psicossocial não é diferente e acaba passando ao largo da importância que deveria receber, uma vez que a finitude faz parte da vida, sendo inúmeros os lutos experienciados durante a existência.

O entrelaçamento entre vida e morte se faz, portanto, presente no cotidiano dos Serviços Residenciais Terapêuticos e conjuga para mim uma importante perspectiva de cuidado e atenção no âmbito do morar e da convivência solidária entre as pessoas, a partir dos laços de afeto que sustentam toda uma política de cuidado. Desnecessário dizer, a partir da história com a qual introduzo este relato, que as clínicas da psicose e do luto delineiam minha trajetória clínico-institucional, tanto no âmbito assistencial como da gestão em saúde.

3.5 O luto no contexto das Residências Terapêuticas

Nós somos contidos pelos espaços e pelos tempos que nos são dados, por aqueles que escolhemos, ou pelos que, simplesmente, aleatoriamente, nos sucedem. Tais como um galão d'água ou como a forma do soneto, os recipientes simultaneamente confinam e dão forma. A liberdade que conquistamos durante e para além de nossas vidas talvez não esteja desconectada dos recipientes que nos abrigam e dos quais nós nos contém e nos libertamos. O modo como vivemos dentro do que nos contém e nos livramos daquilo que nos contém – o útero de nossas mães, por exemplo, ou a cidade em que crescemos – influencia a liberdade conquistada. Sejam eles a coarctação do gênero, a estrutura da linguagem ou os constructos da cultura, os elementos que emolduram o palco em que nos apresentamos alteram os resultados dessa dança (Charon, R. 2015 [2011]).

Desta forma, se nos depararmos com tais questões em nossa vida privada já não é tarefa das mais simples, mas e quando tais acontecimentos se tornam frequentes em nosso ambiente de trabalho? E quando somos nós os responsáveis por acompanhar aqueles de quem cuidamos em seu processo de desenlace? Como providenciar todos os preparativos pós-morte, como acionar funerária, cuidar do enterro, providenciar a certidão de óbito, avisar aos conhecidos, se

desfazer dos pertences, e, especialmente, cuidar dos que ficaram (familiares se houver, equipe e outras pessoas por nós cuidados e que possuíam vínculo afetivo com o falecido)?

No decorrer de minha trajetória profissional na saúde pública, assim como em estudos sobre luto, tanatologia e cuidados paliativos, tenho identificado que os profissionais em saúde não são educados para a lida com a morte. Valorizar e defender a continuidade da vida, muitas vezes a qualquer custo, produzindo cuidado fútil (distanásia¹²⁰) acaba se apresentando, nesta perspectiva, como a única possibilidade, gerando um combate extenuante e invencível com a morte.

Neste cenário, os profissionais em saúde mental apresentam-se ainda mais distanciados desta lida envolvendo situações de finitude, e, portanto, de cuidado quando da iminência da morte, assim como no pós-óbito imediato ou tardio. As referências feitas pelos profissionais à morte e perdas dela decorrentes são apresentadas com o sentimento de estranhamento, de algo que só acontece com outras pessoas, como se a clientela psicótica estivesse “livre” do adoecimento, dos agravos clínicos e do óbito. O que pode induzir ao sentimento de frustração, fracasso e impotência.

No município do Rio de Janeiro, tínhamos em 2018, 86 Residências Terapêuticas com 468 moradores em seu total; em termos de quantitativo profissional, contava-se com 19 Coordenadores Técnicos de Residência Terapêutica, vinculados aos CAPS e 46 acompanhantes terapêuticos, ambos profissionais de nível superior na área da saúde; cuidadores e técnicos de enfermagem. Muito embora o percentual de óbitos em SRT fosse a metade daquele ocorrido nos institutos psiquiátricos também do Município, na proporção de 6% e 12% respectivamente, tomando como parâmetro o ano de 2016, não podemos nos furtar à investigação, inclusive das repercussões para as equipes diretamente envolvidas no cuidado, inclusive no pós-óbito imediato e/ou tardio. Portanto, aprofundar isso que já emerge na fala desses profissionais, seja como processo de enfrentamento, seja em termos de sofrimento, é uma questão de saúde pública, uma vez que afeta intimamente aos profissionais e, deste modo, tem desdobramentos no cotidiano de sua prática de cuidado ao outro.

¹²⁰ Refere-se a obstinação terapêutica, a tentativa de adiar o inevitável, acrescentando somente mais sofrimento e vida quantitativa que qualidade de vida. O oposto caracterizado como ortotanásia, significa o morrer naturalmente sem dor e sofrimento, em que a vida na sua fase final não foi abreviada e muito menos prolongada (Pessini, 2016) - Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha - <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0054.pdf>.

Deparar-se com estes acontecimentos em nossa vida privada não é tarefa das mais simples, mas e quando tais acontecimentos se tornam frequentes em nosso ambiente de trabalho? E quando somos nós os responsáveis por acompanhar aqueles de quem cuidamos em seu processo de desenlace? Como providenciar todos os preparativos pós-morte, como acionar funerária, cuidar do enterro, providenciar a certidão de óbito, avisar aos conhecidos, se desfazer dos pertences, e, especialmente, cuidar dos que ficaram (familiares se houver, equipe e outras pessoas por nós cuidados e que possuíam vínculo afetivo com o falecido)? (Coutinho, F. Cunha, M. Lopes, A., Nascimento, V., Silverio, R., Vieira, M.¹²¹)

Em 2016, houve 27 óbitos nas Residências Terapêuticas, em 2017, 19 óbitos. Em um dos segmentos vinculados a determinado CAPS, só em 2016 foram 7 óbitos, com intervalo aproximado de um mês, três em uma mesma casa. Esta equipe ousou relatar esse processo, não só na perspectiva do acompanhamento mediante ao adoecimento e seu agravamento, consultas médicas e outras medidas de ordem prática necessárias, mas a partir da aposta na narrativa, como estratégia de compartilhamento dessas situações difíceis, e antídoto à solidão experimentada. O que identifico como primordial na construção da noção de coletivo e como possibilidade de narrar o vivido ou transmitir sua experiência de vida, permitindo que essa se enraíze no outro, transmutando-se de finita a infinita. (Muyallert et al.2014).

Neste sentido, esta aproximação e confronto com a morte tem se colocado como um importante desafio ao cuidado dispensado pelas equipes, na medida em que os usuários, moradores nestas casas, possuem em sua grande maioria, idade superior a 50 anos, aliada a diversas comorbidades e ao histórico de iatrogenia produzido ao longo dos anos de internação prolongada em hospitais psiquiátricos ou de custódia e tratamento psiquiátrico. Neste sentido, três questões se apresentam como fundamentais: o acompanhamento clínico preventivo; a posse das informações necessárias aos agenciamentos e encaminhamentos quando do adoecimento e seu agravo, assim como mediante o óbito. E o (re)conhecimento do luto dos profissionais.

(...) quando as experiências são vividas solitariamente e sem a possibilidade de uma elaboração compartilhada, aquilo que o profissional de saúde pode sentir induz a dúvidas do tipo: será que isso só ocorre comigo? (Ministério da Saúde, INCA, Einstein. 2010).

Sendo assim, alguns aspectos tomam grande relevância, seja a revisão e estudo dos óbitos ocorridos nos Serviços Residenciais Terapêuticos; o acompanhamento em saúde durante

¹²¹ Artigo ainda não publicado.

a longa internação e suas repercussões; as medidas preventivas e de cuidado, entre elas a psicoterapêutica, utilizadas após a saída do hospital psiquiátrico; o compartilhamento do cuidado com a Atenção Primária em Saúde (APS) enquanto preditiva ou não de agravamento e da necessidade de cuidados específicos e/ou especializados; assim como a repercussão e luto não reconhecido dos profissionais destes equipamentos, diante dos óbitos, muitas vezes sucessivos em determinadas residências, considerando-se o vínculo estabelecido, as diversas ações pós-óbitos a serem empreendidas e a premência na ocupação do recurso vago. Temas que conclamam a premência de pesquisa, especialmente os óbitos de moradores em SRT, em alguns casos pessoas jovens ou recém desinstitucionalizadas. O impacto deste processo de mudança psicossocial precisa ser analisado criteriosamente, afim de que possamos avançar de forma cautelosa e com estratégias clínicas e políticas apropriadas à continuidade do processo de desinstitucionalização.

O entrelaçamento entre vida e morte, portanto, se faz presente no cotidiano dos Serviços Residenciais Terapêuticos, e conjuga, para mim, uma importante perspectiva de cuidado e atenção, no âmbito do morar e da convivência solidária entre as pessoas, a partir dos laços de afeto que sustentam toda uma política de cuidado. Neste sentido, o cuidado ao luto, em especial ao luto interdito/não-reconhecido é fundamental, a fim de produzir melhores condições de existenciais e de convivência.

Portanto, meu intento neste trabalho detém-se nos impactos do reconhecimento do luto sobre a equipe de segmento, e neste âmbito detém-se nas estratégias de acolhimento e encaminhamento ao luto desses profissionais no cerne de um processo coletivo de cuidado. Haja vista que a equipe trabalha intensivamente o processo de reinserção social destas pessoas, investindo em sua inclusão e em suas potências, e diante da inevitabilidade da morte, vários efeitos se fazem sentir, sendo muitas das vezes, considerados de menor importância, suas manifestações vistas como exagero ou ausência de postura terapêutica apropriada. Esta interdição ao luto tende a silenciar aquilo que precisa de espaço para ser significado, muitas vezes coletivamente e a personificar-se em sintomas os mais variados, às vezes até mesmo àqueles sentidos pelo paciente antes da morte, especialmente diante de perdas intercorrentes em uma mesma RT ou segmento. O que essa sanção e/ou negação a dor do outro, oriunda de uma perda, nos diz, enquanto profissionais e gestores em saúde?

(...) não nos é facultado saber o momento exato da morte de nossos pacientes. Mesmo aqueles que se encontram fora de possibilidades curativas, não nos é dado escolher entre a vida e morte, no entanto, nos é facultado escolher como viveremos sua iminência ou sua emergência. O luto dentro dessa perspectiva processual, em que não há uma resolução, por assim dizer, e sim a elaboração através da vida, não há que ser resolvido ou superado e sim processado de acordo com o significado atribuído à vida, às perdas e, por fim, à morte (Ministério da Saúde, INCA, Einstein. 2010).

Saliento ainda que, diante de um óbito, a equipe de segmento do CAPS é responsável, desde o resgate histórico dos antecedentes clínicos, inúmeras providências de ordem prática, a começar pelo acionamento dos devidos equipamentos para constatação e atestação do óbito; passando pelos agenciamentos funerários para o sepultamento; cuidados com o corpo; comunicação a familiares e amigos, além de todos aqueles envolvidos em seu cuidado e na sustentação dos SRT. Porém, não se encerra nestas ações, contemplando ainda, desde a escolha da roupa com que será sepultado, até o agenciamento de todos os encaminhamentos referidos aos recursos e objetos diversos deixados pela pessoa.

No decorrer de todo esse processo, insere-se ainda todo o continente de acolhimento e acompanhamento aos demais moradores da casa e até do segmento, vinculados ao ente falecido. Neste sentido, a questão premente refere-se ao (re)conhecimento do luto dos profissionais, referências no acompanhamento diário dessas pessoas no cotidiano de suas vidas, a partir de vínculos significativos, que embasam e sustentam toda a relação de cuidados. O reconhecimento, mas também o cuidado àquele que cuida.

Considero importante dizer, que desde a minha chegada à SSM, procurei dar relevância a essa temática e seus desdobramentos. Em 2016, por exemplo, em uma roda de conversa em um encontro final da qualificação de cuidadores dos SRT, propus aos presentes que abordassem, através da narrativa (escrita e verbal), uma situação difícil vivenciada neste trabalho e que tenha sido marcante para cada um. Todas àquelas que foram verbalizadas referiram-se a situações de agravamento clínico, cuidados na iminência da morte e óbito dos moradores.

Sendo assim, almejo verdadeiramente que este trabalho possa servir de subsídio à equipe diante da morte e do morrer e, especialmente, no processo de elaboração do luto, através da construção de outros significados para a perda, oferecendo-se como um farol a iluminar tais questões. E, desta feita, ao luto daqueles que se dedicam ao complexo ofício de cuidar, seja no cuidado direto daquele que veio a óbito ou dos que sobreviveram à perda, para que possam

seguir saudavelmente em seus processos de luto. Luto, que como dissemos, é inclusive do profissional e requer minimamente a garantia de haver oferecido todo o cuidado possível, com qualidade de vida, ainda que na iminência da morte. É fundamental ministrar cuidados finais adequados, que permitam o encerramento do ciclo vital com dignidade para aquele que se foi, de maneira humana e ética para o profissional.

(...) O apego íntimo a outros seres humanos é o núcleo em torno do qual gira a vida de uma pessoa, não só quando bebê, criança pequena ou criança de escola, mas também durante sua adolescência e maturidade, até a velhice. É desse apego íntimo que retiramos a força e o prazer da vida, e proporcionamos prazer e força aos outros. Nessas questões a ciência atual e a sabedoria tradicional se identificam (Bowlby, 1983).

Com a finalidade de fechar este capítulo promovendo concretude àquilo sobre o qual vimos falando no decorrer do mesmo, apresento a minha narrativa¹²² sobre uma das perdas vivenciadas no âmbito deste trabalho, já na função de assessora das RT.

Em uma tarde em que iria coordenar mais um Fórum de Residências Terapêuticas, onde participavam na ocasião coordenadores/as, acompanhantes terapêuticos/os e algumas vezes residentes e estagiários dos CAPS que estivessem vinculados à desinstitucionalização, recebi a notícia da morte de Celeste. Primeiramente, fiquei bem impactada, por duas razões principais: 1) ela era uma das moradoras de uma das residências terapêuticas da qual outrora eu fora coordenadora, sendo assim, com a qual possuía importante vinculação. 2) eu havia estado com ela recentemente.

Aproximadamente uma semana antes de sua morte eu estivera em sua casa, recorde-me de sentarmos lado a lado e de braços dados em um dos sofás da sua sala. Conversamos sobre o momento atual de sua vida, sobre o seu filho e outros tantos assuntos. Foram momentos inesquecíveis, em que pudemos compartilhar de muita ternura. Eu sequer imaginava que esse seria o momento de nossa despedida. Foi com essas reminiscências ainda tão vivas que recebi a notícia de sua morte. Assim, sigo elaborando minha perda, porque assim se dá o luto, num processo de ressignificação, entre idas e vindas entre a orientação para perda e a restauração. Processo este que envolve a singularidade de cada enlutado, ainda que profissional da saúde, e a consideração do lugar que a pessoa perdida ocupou em nossa existência. Afinal, somos

¹²² Esta narrativa e sua análise foi apresentada também no artigo: *Reflexões sobre a finitude nos Serviços Residenciais Terapêuticos* de autoria de Coutinho, F.M. et al, ainda não publicado.

profissionais, mas não deixamos de ser pessoas no trato com outras pessoas e criamos laços de afeto. Nos dispositivos residenciais, esses laços se estreitam em virtude da proximidade cotidiana e intimista que estabelecemos com cada um daqueles a quem denominamos moradores.

Celeste, nome que me ocorreu em substituição ao seu e que, segundo o dicionário, nos remete aquilo que aparece no céu, habitante do céu, proveniente do céu, caído da atmosfera ou supremo. Talvez fosse essa a imagem que quisesse de fato guardar dela, não apenas uma paciente extremamente delirante e invadida corporalmente, pois isso somente a reduz, mas uma mulher dedicada aos afazeres domésticos, que gostava de cuidar da casa e cozinhar. Uma mãe amantíssima, que tentava resgatar o tempo perdido junto ao filho, do qual fora privada de estar durante anos e anos. Que nunca, em tempo algum, se esquecera da filha já morta, de quem guardava inúmeras lembranças e infinitas saudades.

Aliás, essas mães enlutadas permeiam minha prática profissional e habitam minha história, porque perder os filhos é algo ao qual não podemos nomear, é uma dor incalculável, e é preciso muita coragem para sobreviver a ela, porque há momentos em que isso parece impossível. Celeste de forma criativa, digamos, foi encontrando maneiras de viver mais essa perda, entre as tantas já vividas.

Quando institucionalizada fora privada de estar com os filhos, mas era sabedora de suas existências e de que estavam de algum modo recebendo cuidado, ainda que não os seus, ainda que não da forma que havia sonhado em dedicar-lhes. A morte não lhe permitiria mais sonhar com a presença possível, ainda que ligeira, ainda que utópica. Restava relembrar e recontar saudosamente a quem pudesse escutar.

Celeste morreu sentada no sofá em sua sala de estar. Por tratar-se de uma Residência Terapêutica à época de baixa complexidade, foi uma vizinha quem a encontrou. Trata-se de um prédio pequeno em que residem há muitos anos e, por isso estavam com a porta aberta, de maneira que a vizinha ao dirigir-se a ela constatou a morte. E foi, inclusive, de maneira bastante peculiar que a coordenadora da equipe recebeu essa notícia, através da vizinha, por *whatsapp*, por meio do envio de uma foto da moradora morta seguida de tal informação. Ressalto que era final de semana, a coordenadora - à época - estava grávida e, de início, foi tomada pela reação de entorpecimento, seguido de negação momentânea da morte e de quem havia morrido.

Informações essas que lhe pareceram indecifráveis a princípio, chegando a ficar incerta sobre qual morador se tratava na foto, precisando de alguns instantes para recompor-se e tomar as devidas providências.

Neste caso, nos atemos a dois importantes aspectos: em primeira instância o profissional sendo receptora da má notícia e, a seguir, os consequentes impactos da notícia difícil. Segundo Parkes (1998), algumas características são inerentes à condição humana e se manifestam em variações importantes de intensidade diante de situações de estresse, a condição de “*alarme*” é uma delas, onde emoções poderosas podem emergir rapidamente, determinadas pela avaliação que se faz da situação muito mais do que pelo fato em si.

Estas situações produtoras de alarme em si mesmas estressantes têm como características principais:

- 1) O desconhecimento ou imprevisibilidade da situação;
- 2) O fato de serem potencialmente assustadoras ou perturbadoras como aquelas em que não há uma via de escape, um lugar seguro ou a presença de sinais de perigo que preparem o sujeito, colocando-o em uma situação de insegurança (desamparo), aqui incluídas as situações de perda.

A reação de cada pessoa frente a um estressor dependerá das características do estressor, do seu repertório de enfrentamento, de como a situação é percebida, entre outras. As reações de ataque e fuga, aproximação e afastamento dizem respeito às defesas psíquicas utilizadas por cada um, dependendo do contexto.

No caso descrito, pude constatar que, muito embora tenha sido importante à comunicação da vizinha acerca do ocorrido, a maneira como essa comunicação foi feita, sem mensurar os efeitos sobre o receptor, não foi sem consequências. Podemos inferir que a vizinha tenha desconsiderado a vinculação afetiva à moradora, uma vez a receptora se tratar de profissional da área. E não estaríamos tratando de algo incomum ou improvável de acontecer até dos próprios profissionais entre si. Percebemos ainda, nessa situação, os efeitos maléficos do uso indiscriminado da tecnologia para fins tão delicados como a comunicação sobre a morte de uma pessoa.

Nesse momento a equipe de saúde é mobilizada por sentimentos de choque, negação, fracasso, tristeza, culpa, auto recriminação, vergonha e fantasias de naturezas e intensidades variadas. Esses sentimentos, diante da perda de um paciente, podem perdurar se não estiverem bem elaborados e podem reaparecer no contato com pacientes futuros, predispondo o profissional a um estresse agudo. Tais perdas consecutivas podem desencadear uma crise no âmbito profissional, em sequência à crise emocional, cuja manifestação se caracteriza por esgotamento psíquico, redução da realização pessoal no trabalho e despersonalização (Campos, C., Gianini, M., Maso, J., Padovan, S. in Casellato, G., 2015a, p.117).

Vida e Morte no contexto dos Serviços Residenciais Terapêuticos

4.1 Nas fronteiras do cuidado: Narrativas de perda e luto profissional

Neste capítulo empreenderei a análise e discussão das narrativas construídas no decorrer dos encontros realizados com a equipe de segmento de um CAPS, utilizando para tal tanto as narrativas escritas (N.E.) como as narrativas orais (N.O.).

A fim de lançar luz sobre as questões abordadas pelos profissionais em suas narrativas, articulando-as aos componentes teóricos desenvolvidos no decorrer desta dissertação, agrupei os temas em seis categorias. Ressalvo, no entanto, que estas categorias não são fixas e estanques, podendo intercambiar-se, de modo que um mesmo tema transversalize diversas categorias:

- 1) RELAÇÃO DE APEGO (E SUA IMPORTÂNCIA MEDIANTE A PERDA)
- 2) TRÂMITES E INTERVENÇÕES NO PÓS-ÓBITO IMEDIATO
- 3) REAÇÕES AO LUTO
- 4) REAÇÕES DE ENFRENTAMENTO
- 5) REAÇÕES SOCIAIS E INSTITUCIONAIS
- 6) CUIDADO ÀQUELE QUE CUIDA

Para a realização deste processo de elaboração utilizarei trechos das narrativas dos profissionais em itálico (para diferenciar das citações), assinalando entre parênteses, através das abreviaturas: N.E. e/ou N.O., se oriundo de narrativa escrita ou oral. As narrativas escritas, de seis entre os nove profissionais, estão disponíveis em sua íntegra¹²³ nos anexos, sob o título: Narrativas de Perda e Luto de Profissionais em Serviços Residenciais Terapêuticos.

Em suma, abordarei o percurso e a travessia dos nove profissionais que participaram da pesquisa no que se refere às próprias vivências no campo do luto nos SRT, narradas no decorrer dos encontros propostos, destacando a(s) experiência(s) que mais os impactou(aram), assim como os efeitos em suas vidas e na continuidade do trabalho.

¹²³ As narrativas mantêm a forma original, conforme dispostas pelos participantes da pesquisa, havendo somente alguns ajustes quanto a gramática, se e quando necessário. Naqueles casos em que o nome de um serviço de saúde poderia corroborar para a identificação dos participantes, este foi omitido.

Para alguns profissionais a perda vivenciada no SRT foi o seu primeiro contato com a morte, para outros, primeira experiência de perda significativa. Seja como for, o vínculo exerceu papel crucial no investimento antes, durante e após o óbito, bem como na dor experimentada por cada um deles.

Quando você foi embora fez-se noite em meu viver
 Forte eu sou, mas não tem jeito
 Hoje eu tenho que chorar
 Minha casa não é minha e nem é meu este lugar

Estou só e não resisto, muito tenho pra falar
 Solto a voz nas estradas, já não quero parar
 Meu caminho é de pedra, como posso sonhar
 Sonho feito de brisa, vento vem terminar
 Vou fechar o meu pranto, vou querer me matar

Vou seguindo pela vida me esquecendo de você
 Eu não quero mais a morte, tenho muito o que viver
 Vou querer amar de novo e se não der não vou sofrer
 Já não sonho, hoje faço com meu braço o meu viver

(Milton Nascimento – Travessia)

4.1.1 Relação de Apego (e sua importância mediante a perda)

Nesta categoria incluí os temas relativos aos laços afetivos; aos componentes do cuidado que contribuíram no estreitamento desse laço; assim como àqueles que denotaram fluir como reação ao luto, seja ele antecipado, no pós-óbito imediato ou tardio, por relacionar-se com o vínculo estabelecido.

Os temas que elenquei nesta categoria foram:

- Vínculo / Afetividade
- Acompanhamento Desinstitucionalização
- Responsabilidade / investimento / implicação
- Projeto Terapêutico
- Cuidar em liberdade
- Evitar o adoecimento – UPA
- Medo de chamar a SAMU
- RT – novo mundo /paraíso / vida boa / curtir – estão preparados?
- Cuidados clínicos
- Doação, entrelaçar da vida, muito tempo de convivência e dedicação

Neste contexto, o primeiro aspecto que chama a atenção nas narrativas dos profissionais é a menção ao fato do vínculo afetivo ter se constituído anteriormente ao processo de desinstitucionalização, ou seja, ainda na instituição hospitalar psiquiátrica, ou durante esse processo. O que é desejável inclusive, ou seja, sempre que possível, que o início do acompanhamento pela equipe de segmento do CAPS (e obviamente a equipe assistencial do CAPS) se inicie ainda na instituição psiquiátrica. De modo que o vínculo possa ser construído e sustentado com aqueles que lhe acompanharão no cotidiano da casa e da cidade, reassegurando acerca da mudança por vir e de não estar só nesta jornada. Além disso, para que o próprio profissional possa se apropriar desta nova história, tomando para si - em conjunto com sua equipe (de segmento e assistencial do CAPS e demais componentes da rede de atenção) - a responsabilidade pelo cuidado territorial da pessoa que será desinstitucionalizada. *“A chave para a aliança de cuidado é um sentido de responsabilidade e respeito compartilhados pelos parceiros como cuidadores da criança¹²⁴”* (Bowlby, 1990 [1970]).

Cuidado este que não pode ser burocratizado, mesmo mediante a todas as tarefas de ordem prática que precisam ser realizadas, e que passa pelo estabelecimento e manutenção do laço afetivo, outrossim, pelas possibilidades de enlaçamento de cada sujeito e pela singularidade dos encontros tecidos entre paciente e profissional.

A propensão a estabelecer laços emocionais íntimos é um componente básico da natureza humana que se constitui nos primórdios do desenvolvimento, perdurando ao longo da vida, na procura por proteção, conforto e suporte, e posteriormente também como cuidado ao outro, constituindo-se como o principal traço da personalidade e da saúde mental do indivíduo (Bowlby, 1988). Podemos, portanto, vislumbrar a premência do vínculo na constituição da relação entre profissional e paciente desde a instituição psiquiátrica, e o imperativo deste vínculo nas ações de cuidado que se desdobram após a desinstitucionalização, bem como nas vivências de perda e luto experimentadas.

O apego íntimo a outros seres humanos é o núcleo em torno do qual gira a vida de uma pessoa, não só enquanto bebê, criança pequena ou criança de escola, mas também durante sua adolescência e maturidade, até a velhice. É desse apego íntimo que retiramos a força e o prazer da vida, e proporcionamos também força e prazer a outros. Nessas questões, a ciência atual e a sabedoria tradicional se identificam (Bowlby, 1985).

¹²⁴ Estendemos aqui aos adultos em geral, especialmente àqueles em situação de vulnerabilidades.

Conjuntamente ao estabelecimento de vínculo e ao processo de preparação para a saída do hospital, identificamos nas narrativas a associação entre desinstitucionalização com ida para RT à ausência de sofrimento. Ou seja, para alguns profissionais a RT parece representar a possibilidade de uma vida livre de infortúnios, onde predomina a felicidade, não havendo lugar para a finitude. Até é possível considerar a agressividade - e aqui podemos refletir acerca do estatuto de periculosidade, que após tantos anos da Reforma Psiquiátrica, ainda permeia o imaginário popular – porém não o adoecimento e a morte, estes são da ordem do inaceitável. E também aqui nos deparamos com outro dogma, senão tabu, que permeia este campo de discussão, a dissociação entre transtorno mental (psicose) e adoecimento físico. O que não é nada incomum, há poucos dias, por exemplo, eu assistia online, a gravação da aula de um médico aos alunos de medicina, em que ele dizia que psicótico não adocece, não fica resfriado, não sente dor de ouvido, não tem febre, e por aí vai. Se o psicótico não adocece o que dirá morrer?! E esta ideia pré-concebida vai sendo transmitida de algum modo em nossos discursos, muitas vezes sem que percebamos, por nós os profissionais técnicos de nível superior, e não à toa ganham representatividade no imaginário dos cuidadores.

Acho que foi um acúmulo de situações difíceis que eu vivi. Mas eu acho que meu limite foi na 'RT X', porque eu vi uma vivi uma situação de morte lá, mas eu vi os moradores adoecendo. Foi muito duro, porque foram moradores que eu comecei a acompanhar no hospital, teve todo o processo de montar a casa. Foi um período que me despertou muitos sentimentos... Bons também, não só dureza. E aí eu vi eles adoecendo, e eu tendo que lidar com aquilo. E com essa coisa que a gente tá conversando, o tamanho da responsabilidade, até essa coisa meio fantasiosa de achar que tem que dar conta de tudo e não conseguir (Fabiana, N.O.).

Para Irene, que participou do processo de desinstitucionalização de quatro pessoas que faleceram na RT onde atua, estes foram óbitos inesperados, pois estavam saindo para o “*paraíso, para a perspectiva de uma vida longa, de coisas boas, de curtir. A gente se sente à deriva, morreu enterra, acabou, tem a vaga aberta, vem outro*” (N.O.). Por isso, o sentimento de dor pela perda e frustração, pois era algo que não passava pela sua cabeça, o fato de que pudessem ir para a RT e lá falecer. Os desafios que a assombravam eram da ordem da periculosidade e não do adoecimento e morte: “*Ah, eu vou ter um problema, morador vai me agredir, alguma coisa grave. Mas não a parte clínica, um universo que é tão próximo do nosso universo: câncer, pneumonia, tuberculose, colesterol, diabete. Um universo comum, não é um universo psiquiátrico. Eu não estava preparada pra isso*” (N.O.).

Do mesmo modo, Ana também expressa não estarem preparadas para isso e sim para a emergência psiquiátrica, sendo assim chamar SAMU e levar para UPA acaba sendo desesperador para equipe.

Você não tem noção de como é desesperador; a gente começa a tremer: Quem vai, quem não vai, como é que vai ser, porque na verdade eles vão pra não voltarem. É diferente da clínica da família. Tanto é que a gente tem maior cuidado de evitar qualquer tipo de mordida de mosquito (por causa de dengue), gripe, resfriado, friagem. Tudo isso. A gente tem essa preocupação porque aqui tem um trauma muito grande da UPA e da emergência hospitalar local (Ana, N.O.).

Para Irene não se trata de algo piegas ou voluntário, “as coisas se dão desta forma, afinal são doze horas, quinze dias por mês, pra cuidar daquela pessoa, que muito embora seja um paciente psiquiátrico, tem sua própria personalidade e seu estilo único, que não pode ser ignorado: o jeito de cada um, uns têm um jeito mais alegre e outros não têm; um é mais triste e outro é mais fechado; e por aí vai. Você passa a conhecer muito” (N.O.).

Ana está na mesma RT desde sua implantação, onde refere ter vivido quatro óbitos pelo menos. Para ela, o mais complicado foi o fato de já acompanhar esses moradores desde a instituição de longa permanência, o que somam aproximadamente quinze anos de história.

Então eu já tinha uma história de vida com eles muito antes, né? E tenho um problema muito sério com a morte, pois a vida é para se viver tanta coisa, ainda mais no caso deles, que eu presenciei tantas coisas, tantas situações. E a RT proporciona um outro espaço, como se fosse um mundo novo, será que eles estão preparados pra esse mundo novo, que pra gente é o melhor!?” (Ana, N.O.).

Graça, que esteve presente desde o processo de desinstitucionalização de Marcelo, e mais do que isso, disponível, responsiva e pronta para intervir ativamente quando necessário, funcionou como figura primordial de apego, e deste modo, proporcionou uma base segura à sua saída da instituição psiquiátrica, assim como durante suas incursões por variados equipamentos de saúde e exames de investigação diagnóstica. Ou seja, atuou de modo responsabilmente sensível e contingente às necessidades daquele a quem cuidava (Johnson M.S., 2018), o que estreitou os laços de confiança, permitindo que o paciente-morador atravessasse essa experiência mediada pelo comportamento de apego que lhe permitiu estabelecer e manter proximidade com uma figura de segurança, e assim sustentar toda essa situação de peregrinação com relativa tranquilidade, apesar das adversidades.

Alguns dias depois da desinstitucionalização de Marcelo do hospital psiquiátrico e sua ida para uma Residência Terapêutica, ele passou a apresentar diarreia persistente, evacuava todos os dias e em um mês perdeu mais de quinze quilos. Este fato preocupou muito a equipe, que além da preocupação ainda era cobrada pelos profissionais que já tinham trabalhado como cuidadores de Marcelo no hospital, e perguntavam porque ele tinha emagrecido tanto, sendo que a nossa luta já havia começado (Graça, N.E.).

Mesmo para àquelas profissionais que não iniciaram a vinculação no âmbito mais específico da desinstitucionalização, houve um investimento considerável no processo de reabilitação contínuo e progressivo no dia-a-dia da RT, como se preconiza. Afinal, a desinstitucionalização, conforme já dito no capítulo 2, não se encerra com a desospitalização, ela prossegue no cotidiano do trabalho junto aos moradores das RT/pacientes dos CAPS.

Compartilho que para mim, de todos os falecimentos que vi no tempo de trabalho até hoje nas RT do CAPS, o falecimento de uma moradora jovem foi o que mais me afetou. Não só pela forma trágica como aconteceu, mas pelo vínculo que existia neste acompanhamento. Ângela faleceu em casa engasgada com um pedaço de carne em um momento bacana de convivência com as outras moradoras da casa. Foi algo que ninguém podia imaginar, sem nenhum anúncio (Miriam, N.E.).

Ângela era uma pessoa muito difícil, que pouco interagia com as demais moradoras da casa, que as vezes a desprezavam. O que comumente gerava alguma confusão entre elas, que tentavam se esquivar, trancando-se no quarto e assim evitando contato com ela. Isso me fez refletir sobre o modo como poderia ajudar a produzir mudanças na convivência entre elas, já que o jeito como se relacionavam estava muito difícil. E me aproximei de Ângela através de conversas onde ela podia dizer como se sentia, o que pensava e o que queria. Além disso Ângela pensava que as outras pessoas não viviam nenhum tipo de problema, só ela, e fui mostrando que não era bem assim e que as outras pessoas também tinham problemas, problemas pessoais e familiares. E foi entendendo que não era só ela que passava por rejeição familiar, e foi se aproximando, contando da sua vida, das suas frustrações, E de repente aumentou sua frequência no CAPS, e mostrou interesse em fazer outras coisas, como hidroginástica. Nós fomos na academia, entrou na hidroginástica, começou a ter mais responsabilidade (Shiva, N.E.).

Shiva narra o seu desejo, transvestido em investimento, de que Ângela tivesse mais contato com as outras moradoras da Residência Terapêutica, e como era plantonista e trabalhava doze por trinta e seis, no final de semana passou a fazer o almoço para elas, pedindo que colocassem a mesa, uma medida que visava contribuir com suas aproximações.

Aí cada uma colocava um prato, colocava os talheres, e assim elas iam falando uma com a outra, né? Eu colocava e deixava elas se servirem. Como ficava muito distante uma coisa da outra, elas precisavam pedir uma para a outra, me dá isso, me dá aquilo; aí era o momento delas interagirem umas com as outras (Shiva, N.O.).

Shiva acrescenta que por mais que as pessoas digam, “*é o trabalho de vocês*”, não é como no hospital onde se cuida da vida e da morte o tempo inteiro. Trata-se de uma RT onde moram pessoas que precisam ser cuidadas todos os dias, e diferentemente do que acontece no hospital, a morte não é considerada uma possibilidade da existência.

No hospital, a pessoa está internada, está doente, o médico cuida e ela vai morrer ou ela vai viver. O nosso caso de RT é muito diferente, a gente convive com essas pessoas. É um luto, é totalmente diferente, entendeu? É um negócio que você precisa voltar no outro dia e não ver mais aquela pessoa, entendeu? É o nosso trabalho, mas não é o normal. A gente trabalha com a vida, para as pessoas retomarem suas vidas, não pra morte. Caramba, estão envelhecendo, são pessoas que estão saindo agora muito doentes. É muito difícil isso, lidar com isso (Shiva, N.O.).

Nestes recortes narrativos pudemos apreender a delicadeza, assim como a complexidade envolvida no ofício de cuidar, em que a formação dos vínculos¹²⁵ remonta os primórdios do desenvolvimento, persistindo pela vida inteira de uma pessoa. O que não significa estar submetido, nem tampouco tornar-se dependente, de modo que a nós profissionais compete manter cautela quanto ao manejo dos vínculos em nossas relações de cuidado, de modo a não produzir dependência ou algo do gênero. Neste aspecto inclusive, em nosso campo de atuação, intentamos trabalhar para produzir autonomia. E até para produzir autonomia é necessária provisão ambiental que sustente diferentes explorações.

O contato com outras pessoas íntimas é a primeira forma que os humanos desenvolvem para lidar com a ansiedade e o medo. A proximidade de uma figura de apego domina o medo e oferece um antídoto para os sentimentos de desamparo e falta de significado. A questão chave nos relacionamentos (Bowlby, 1990 [1970], p.98).

Para Winnicott (1978/1983), os distúrbios psicóticos se formam na base de falhas na provisão ambiental e podem ser tratados através de nova provisão ambiental, que em linhas gerais refere-se às relações vinculares e responsivas na relação paciente-terapeuta. E faz algumas sugestões as quais ampliamos aos profissionais em saúde¹²⁶, mais especificamente aos profissionais em saúde mental (aos quais alude o presente trabalho), e que se encontram provendo em suas relações transferenciais:

¹²⁵ E depende do estilo de vinculação de cada um dos envolvidos, e como ele se reproduz em cada relação.

¹²⁶ Winnicott se referia aos terapeutas/analistas, ampliamos aos profissionais em saúde.

Você se dedica ao caso.
 Você aprende a saber como é sentir como o seu cliente.
 Você se torna digno de confiança para o campo limitado de sua responsabilidade profissional.
 Você se comporta profissionalmente.
 Você se preocupa com o problema do seu cliente.
 Você aceita ficar na posição de um objeto subjetivo na vida de seu cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra.
 Você aceita amor, e mesmo o estado de enamorado, sem recuar e sem representar sua resposta.
 Você aceita ódio e o recebe com firmeza, ao invés de como vingança.
 Você tolera em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhos, etc, e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento.
 Você não fica assustado nem sobrecarregado com sentimentos de culpa quando seu cliente fica louco, se desintegra, corre pela rua de camisola, tenta suicídio, talvez com êxito. Se você é ameaçado de assassinato, chama a polícia não só para proteger a si mesmo, mas também ao cliente. Em todas essas emergências você reconhece o pedido de socorro de seu cliente, ou um grito de desespero por causa da perda da esperança nessa ajuda.
 Em todos esses aspectos você é, em sua área profissional limitada, uma pessoa profundamente envolvida com sentimentos e ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu cliente e sabendo dos limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise. E se você pode controlar a situação há a possibilidade de que a crise se resolva sozinha e então será por sua causa que o resultado foi alcançado (Winnicott 1978/1983).

Ademais, esta posição de propiciar condições à emergência do vínculo entre profissional e paciente, antes mesmo da desinstitucionalização, condiz com a direção de trabalho proposta pelo município do Rio no âmbito da desinstitucionalização, especialmente quando da ida para uma Residência Terapêutica, onde o acompanhamento será efetuado por outros profissionais que não os do hospital psiquiátrico e, portanto, a princípio, fora do circuito de conhecimento do paciente.

O processo de desinstitucionalização começa com o trabalho junto ao paciente, ainda na instituição hospitalar ¹²⁷ e vai sendo compartilhado com a rede de maneira progressiva, de modo a aumentar o protagonismo de outros pontos da rede e decrescer a participação dos hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Trata-se da construção inicial do caso e delineamento de território para a apresentação em GTD (SSM, POP Desins, 2018, p.5).

Para a consolidação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é necessária a construção coletiva no Grupo de Trabalho de Desinstitucionalização (GTD) do território de abrangência de cada paciente. Este projeto objetiva a reinserção social do usuário, a partir de ações integradas de inserção nos locais de tratamento, de moradia e na comunidade, devendo considerar sempre a particularidade de cada caso. É fundamental que o projeto de desinstitucionalização de cada paciente esteja articulado ao respectivo PTS de maneira integralizada (SSM, POP Desins, 2018, p.2).

¹²⁷ O destaque em negrito foi feito por mim.

Assim sendo, uma primeira questão nos advém: se o estabelecimento do vínculo é fator primordial que deverá ser considerado desde o PTS inicial por todos àqueles envolvidos com o processo de desinstitucionalização, inclusive a equipe de segmento, qual a razão de desconsiderarmos o impacto do rompimento de um vínculo afetivo assim alicerçado, quando da morte daqueles a quem acompanhamos!?

Mas eu vi que não é só o profissional, 'ah, mas é seu trabalho', mas eu lido com pessoas iguais a mim, que têm sentimentos, que perdem, que ganham, a gente tem que ficar triste. Então a gente cuida de um todo, não de um corpo, de uma matéria. Então eu acho sim que, a hora que tiver que chegar, vamos chorar, se tiver vontade (Graça, N.O.).

Considero aqui duas das razões do **não reconhecimento do luto** (Doka, 1989 apud Casellato 2005), que precisam ser observadas (e levadas em conta) nestas situações. A primeira delas diz respeito ao relacionamento não reconhecido, em virtude dos laços afetivos não corresponderem aos laços consanguíneos, e logo não poderem ser simplesmente compreendidos e apreciados. Como é o caso das relações entre profissional de saúde e paciente. E a segunda refere-se ao não reconhecimento da perda, que não é socialmente considerada significativa. Precisamos, portanto, suplantar esta lógica e reconhecer a importância e o lugar destas perdas e luto no cenário do trabalho em saúde, nos debruçando para produzir respostas de cuidado àqueles que cuidam. De modo, a minimizar os efeitos possíveis de sobrecarga, solidão profissional e até adoecimento, e com isso proporcionar recursos e intervenções terapêuticas mais adequadas aos pacientes.

4.1.2 Trâmites e Intervenções no Pós-óbito Imediato

Neste item incluí os temas relacionados aos cuidados mediante o agravamento do quadro clínico; a amplitude da comunicação da má notícia; os procedimentos e tarefas no pós-óbito imediato; o ritual de despedida.

Os temas elencados nesta categoria foram:

- Primeiros Socorros na RT
- Interlocução com a PM, delegacia, IML e funerária
- Lidar com a presença do corpo na casa

- Dificuldade de conseguir horário para o sepultamento
- Suporte pós-óbito aos demais moradores e familiares
- Exigências administrativas pós-óbito
- Quantidade de coisas para resolver / Volume de trabalho
- Comunicação Notícia Difícil (CMN)
- Ritual

As experiências que eu tive, muito particulares, foram sempre muito difíceis. Tem aquele ritual de acompanhar o caixão até o enterro, mas é isso, eu não conseguia não ver as lápides. É uma coisa pessoal que é muito impactante. A gente lembra que a gente morre também, que vai terminar também. É um pouco isso que eu queria trazer (Álvaro, N.O.).

Algo que surgiu na narrativa dos profissionais com muita força e contundência foi o fato não haver tempo hábil para vivenciar a perda do morador devido aos inúmeros trâmites que decorrem do óbito. Entre eles um relatório deve ser feito imediatamente após o óbito e entregue as instâncias de gestão (direção do CAPS, SSM, CAP) discorrendo sobre a causa do óbito; como a saúde do morador vinha sendo cuidada em termos gerais e sua relação com a causa do óbito; como, onde e quando morreu, acompanhado da declaração do óbito; e na sequência o envio da certidão de óbito.

Quando o falecimento de um morador de Residência Terapêutica ocorre, existe um trabalho enorme até o sepultamento. Um trabalho de fala, tendo que transmitir em diversos espaços o que tinha acontecido, como aconteceu, porque aconteceu. Esse relatório sobre um ocorrido tão importante é uma responsabilidade do profissional da saúde, essa investigação clínica do ocorrido é imprescindível. Contudo nem sempre é acompanhado de um espaço acolhedor que esse momento também pede (Álvaro, N.E.).

Apesar de ter vivenciado algumas experiências de acompanhar todo esse processo até o sepultamento, como por exemplo, contato com funerária, que em muitas situações me via em um negócio, tendo que pechinchar para o dinheiro que o morador tinha deixado desse conta de um sepultamento digno. Por algum motivo eu tenho dificuldade de lembrar os caminhos e tramites que precisamos seguir quando se tem um óbito. São experiências tão desagradáveis que por algum motivo parece que recalco e todas as vezes que acontece um óbito e preciso tomar a frente nesse acompanhamento eu me sinto perdido nessas situações. Tendo que a cada vez ir redescobindo os caminhos (Álvaro, N.E.).

O fato é que existem inúmeras ações a serem empreendidas imediatamente após o óbito, e que não podem esperar, dentre elas: comunicar a morte à equipe toda do CAPS, familiares (se houver) e aos demais moradores da RT e do segmento dependendo da relação entre eles; tratar do funeral, o que envolve o reconhecimento do corpo ou guarda do corpo morto na RT até a

chegada da polícia e posteriormente do rabeção, e em muitos locais da cidade é preciso ir até a delegacia para dar prosseguimento aos trâmites¹²⁸; contato com funerária e ida a cartório dependendo do contratado com a funerária; separação da roupa com que a pessoa morta será enterrada; contato com a SSM e a confecção do relatório.

No SRT o cuidado profissional segue após a morte, em especial quando o morador não possui referências familiares. Autorização judicial para liberar o corpo, já que somente familiares estão autorizados a priori; esperas que parecem intermináveis, vezes no IML e outras no hospital; funerária; dificuldade de conseguir horário para o sepultamento; fazem parte do processo. Essas questões de ordem prática e as questões subjetivas, que dizem respeito ao modo como cada profissional da equipe foi afetado pela morte de cada morador, se atravessam e parecem disputar espaço. Enquanto profissional, é preciso cuidar de toda a situação de morte, avisar as pessoas com quem o morador possuía relação, sentindo um grande pesar, mas em meio a toda burocracia e aos inúmeros questionamentos que devem ser respondidos, não há espaço para refletir profundamente sobre aquela falta (Fabiana, N.E.).

Estas são as atividades mais urgentes, porém ainda existem outras relacionadas a perda daquele que se foi, e que incluem desde resoluções aparentemente de ordem prática e material, como a retirada dos pertences do morador da RT e seu devido encaminhamento, até questões de ordem subjetiva e relacional como o manejo da perda e do luto entre os moradores da RT que conviviam com àquela pessoa. Entretanto, quando digo “aparentemente de ordem prática e material”, é para acentuar que até a retirada de um objeto pertencente ao morador pode exigir manejo atento e delicado, bem como pode ter influências também na subjetividade dos profissionais que realizarão tal ato, pois que também vinculados à pessoa perdida.

As experiências com morte no SRT me suscitaram muitas sensações e questionamentos. Trabalhei como acompanhante terapêutico nas Residências Terapêuticas do CAPS no período de 2016 a 2017, quando me deparei por diversas vezes com a finitude da vida. Essas vivências mobilizaram toda a equipe de segmento devido às questões práticas e objetivas a serem resolvidas, e também pelas questões subjetivas, uma vez que trouxeram cargas de sofrimento significativas (Fabiana, N.E.).

Destaco que os profissionais responsáveis por grande parte deste trâmite, coordenador/a e acompanhante terapêutico/a, são jovens, em sua maioria recém-saídos da residência ou até recém-formados, e que, portanto, vivenciam o contato direto com a morte pela primeira vez. E se não há nenhuma objeção de que assumam tais responsabilidades no âmbito do trabalho em

¹²⁸ Sob este aspecto em particular, das relações institucionais, retomaremos no sexto item.

saúde mental, por outro lado não podemos nos furtar a responsabilidade de oferecer o mínimo de preparo para lidar com estas e outras situações difíceis envolvidas na administração de uma casa. E, além disso, o suporte adequado à emergência de suas vivências relacionadas ao adoecimento e perda do morador e conseqüentemente luto. É claro e distinto, a indispensabilidade e urgência de espaços onde estas vivências oriundas do contexto profissional possam ser coletadas, compartilhadas e elaboradas coletivamente, a despeito dos espaços privados que cada um possa vir a ter.

A primeira vez que me deparei com a morte tão de perto foi através do trabalho. Até então nunca tinha ido a um sepultamento e nem tinha perdido um familiar que fosse tão próximo. Vivenciar essa experiência como acompanhante terapêutico no segmento do CAPS teve um grande impacto em minha vida (Álvaro, N.E.).

Miriam, em sua narrativa, refere-se a um dos falecimentos ocorridos em uma RT, apontando-os como um dos mais duros, devido à espera pela retirada do corpo, além da demanda de ir à delegacia comunicar o óbito. Relata ter escutado algo na delegacia que lhe deixou surpresa e, ao mesmo tempo, chateada, embora tendo a compreensão de se tratar do trabalho. O que lhe mobilizou foi lhe perguntarem de alguma possibilidade da moradora ter sido envenenada.

E isso faz a gente não viver o luto! Pelo menos eu me senti assim. Faz a gente se ocupar de outras coisas. Até agora não tive espaço para viver o luto. Muitas pessoas para cuidar, para me ocupar, coisas pra resolver... Me deu raiva! Porque a gente cuida e daí tem que ouvir e responder isso. Nunca passou isso na minha cabeça. E aí, depois a gente foi chamado lá pra depor, tem que lidar com isso depois de um tempo também, né? Então eu tenho, pra mim, tenho isso muito forte; de que eu não tive um espaço pra chorar, pra ter um luto. Não sei também se é pra ser assim, mas a quantidade de coisas pra resolver e a quantidade de gente pra cuidar nesse cenário todo. Eu me ocupei dessas coisas. Às vezes eu penso, 'será que é assim mesmo? Será que é assim mesmo este trabalho?'. Outras vezes eu penso que a gente sempre inventa alguma coisa (Miriam, N.O.).

Retomando a questão do relatório - muito presente nas falas dos profissionais durante os encontros - precisei, inclusive, distinguir a proposta da narrativa escrita na pesquisa deste instrumento de gestão. Creio que o fato de, na época da pesquisa, ainda ser assessora das RT possa ter contribuído para isso.

Sobre o relatório, o que Mariana transmite é cansaço, pois, no fim de semana, momento em que gostaria e poderia parar um pouco, não conseguia porque tinha que sentar e fazer o relatório, devido a importância da entrega o mais rápido possível, para poder inclusive

funcionar como um respaldo.

É isso, eu entendo que é da função. A gente tem a nossa coisa ali que é pessoal, e por outro lado é um serviço de saúde. Essas duas coisas são muito difíceis. Eu precisava sentar pra fazer aquilo e a gente não para, a gente vai na reunião do CAPS relatar tudo que aconteceu. Tem que fazer o relatório, relatar tudo que aconteceu; chega uma hora que eu não quero mais falar daquilo. Sabe, chega... Eu vou te falar, eu nem sei se pra mim foi muito isso de reviver. Não sei, eu lembro muito de estar cansada. Até porque, num relatório, é uma coisa mais burocrática, quase. Falar o tipo de tratamento... era uma coisa muito burocrática pra mim (Mariana, N.O.).

Penso que o relatório solicitado pela gestão tem o papel de registrar e transmitir informações, o mais fidedignas possíveis, acerca da causa do óbito de um morador em SRT e do acompanhamento que vinha sendo prestado ao mesmo, por tratar-se de um dispositivo da saúde (aqui resgatamos a dimensão serviço destas residências, apesar desta questão não estar diretamente no escopo de discussão deste trabalho). Muito embora, no POP Óbito¹²⁹ o prazo de entrega do relatório seja de 72h, na prática a demanda pela entrega acaba por ser imediata, o que gera um ônus para a equipe que se vê às voltas com uma série de incumbências relativas ao óbito. Além disso, tem um reviver repetidamente a situação difícil, que parece ocupar o lugar mais de prestação de contas do que de compartilhamento, acolhimento e escuta do acontecido. A primeira questão que se coloca aqui é como fazer valer o fluxo de informações, sem com isso prejudicar outros afazeres tão ou mais importantes no momento da morte. Outro ponto primordial é o de repensar o cuidado à morte e ao morrer nos SRT, garantindo ao mesmo tempo seu caráter de casa, sem com isso pessoalizar ou delegar somente a equipe de segmento do CAPS os trâmites, ficando a instituição “macro” no lugar apenas de fiscalizadora. Finalmente, é preciso levar em conta o estado emocional daqueles profissionais envolvidos mais diretamente com o morador, ou seja, mais vinculados ao morador perdido, avaliando assim a condução dos trâmites, entre eles do próprio relatório.

Ressaltamos aqui que todo esse trabalho em sua complexidade não pode ser realizado solitariamente, nem tampouco restrito a uma única equipe, a sustentabilidade dos SRT na cidade requerem compromissos de todos os envolvidos em todas as instâncias. Lidamos com pessoas que foram institucionalizadas durante muitos anos, com diversas comorbidades oriundas desse

¹²⁹ Foi elaborado pela SSM conjuntamente com um pequeno grupo representativo das equipes de SRT (assessoria RT\ assessoria de urgências e emergências \ assessoria Gabinete da SSM; CIEDS; coordenador/a SRT; at; cuidadora), um instrumento denominado Procedimento Operacional Padrão (POP) Óbito, após consultas a diversos órgãos e pesquisas, a fim de orientar minimamente às equipes de segmento quanto ao óbito de um morador em SRT. Algumas questões mantêm-se em aberto, outras fogem ao escopo da área técnica da saúde mental, abrangendo outras instâncias e instituições.

processo - as quais parecem ser negadas inclusive - precisamos que sejam, por isso, estabelecidas soluções institucionais mais apropriadas ao enfrentamento da morte e seus correlatos. Não é possível que uma única equipe, muitas vezes uma pessoa dentro de uma equipe, tenha que tomar pra si toda a responsabilidade institucional, o que obviamente não é sem consequências. Ademais, o relatório nestes termos acaba tomando características de controle e vigilância tão somente, podendo até funcionar para a equipe como um instrumento culpabilizante ao invés de informativo, por conseguinte perdendo sua natureza.

Admito que esse movimento por vezes era exaustivo. Percebo que o fato de ter uma equipe que cuida do morar pode gerar a falsa sensação de que os moradores estão plenamente assistidos, como se estes profissionais pudessem responder pela totalidade de questões que se apresentam no processo de desinstitucionalização (Fabiana, N.E.).

Outro assunto de relevância refere-se à comunicação do óbito, seja aos moradores e familiares como também aos demais membros da equipe. Percebemos que a condução desta comunicação segue um curso adequado e bem cuidado quando diz respeito aos demais moradores da RT e aos familiares quando há, no entanto, o mesmo normalmente não acontece em se tratando dos profissionais entre si. Isto ocorre exatamente por não haver a validação do luto, seja através do reconhecimento da perda e/ou do relacionamento com aquele que se perdeu.

Se em vida tivemos muitas possibilidades de trabalho com ela, não há o que se fazer diante da morte. E essa realidade é muito dura. Ao mesmo tempo é impressionante como senti algo “inteiro” em mim, pois precisei estar naquele momento e cuidar das cuidadoras e moradoras, ligar para as pessoas da equipe, para a família, ir na delegacia, esperar a defesa civil. É inexplicável a possibilidade subjetiva de realizar essas ações diante da tristeza e do choque da morte (Miriam, N.E.).

Miriam, por exemplo, não se recorda bem de como a equipe de segmento lidou com isso à época e de como lidou com a equipe assistencial do CAPS, mas seu registro é de não se acolherem uns aos outros. Lembra-se de como comunicaram a notícia do óbito de Ângela à sua referência, por *whatsapp*, o que foi muito difícil, pois Ângela era acompanhada por ela havia muitos anos. “*Ficou faltando alguma coisa, agora me veio isso, de um tempo para cá, a equipe conseguiu construir um espaço de apoio, de fala para dividir isso, é muito recente, e muito importante!*” (N.O.).

A cuidadora estava na RT e me ligou dizendo que achava que a Ângela estava morta. Lembro no que pensei ao receber esta notícia: “não é possível”. Corri para a RT. Foi desesperador ver o pranto das cuidadoras, o desmoramento aparente das outras moradoras e o choque ao me deparar com o corpo de Ângela já sem vida, no corredor da casa (Miriam, N.E.).

O primeiro óbito foi da Jéssica, na época eu era plantonista noturna, mas estava em outro plantão, o meu plantão foi depois do óbito. Fui informada do óbito. Estava em casa à tarde, achei de uma maneira muito ruim, me ligaram não lembro quem, mas foi um at, e foi assim: olha a Jéssica faleceu na RT tá. Disseram como foi e lembro que cheguei na RT muito triste de saber a forma como ela morreu na própria casa, não tenho medo mas confesso que fiquei bem assombrada. Lembro que fiquei a noite toda sentada no sofá da sala olhando para o quarto muito assustada, e, não recebi nenhum telefonema (Carla, N.E.).

Outrossim, a comunicação de uma notícia desta envergadura exige muito mais do que o componente informativo, que no caso é o óbito, requer cuidar de como essa informação será transmitida e sob que circunstâncias; quem fará a transmissão; os sentimentos envolvidos neste processo bilateral, que envolve tanto o destinatário como o receptor da notícia.

Outro aspecto a ser destacado, conforme John Bowlby (2004), é de que toda comunicação estabelecida anteriormente à comunicação de más notícias propriamente dita, é passo decisivo à continuidade do tratamento, tendo, portanto, valor prognóstico. Nesse sentido, a atenção ao vínculo é preponderante. Por vínculo entendendo todo o laço afetivo, que pode ser frouxo, tênue, sutil ou bastante denso, intenso ou firme, mas que diz algo para além da consulta ser a primeira ou a subsequente, diz da possibilidade de sentir-se seguro ou desamparado, a partir da relação que se estabelece, e frente ao que virá em termos de tratamento (Silverio, 2011).

Igualmente, os profissionais apontam como sendo muito duro para todos os envolvidos, a presença do corpo na casa por horas até a chegada do rabeção. Foi o que aconteceu no caso de Nilda, encontrada falecida na cama. Ela faleceu em casa e de madrugada a coordenadora foi na RT conversar com os moradores. Carmem (além de Carmen, Nilda também compartilhava o quarto com Viviam), uma das moradoras, era muito delirante, mas naquele dia participou de todo o processo e chorou, chorou muito, reação que surpreendeu a equipe, porque o contato com ela era tipo, “*ah, a Carmen tá em outro mundo, nessa curva fora, então ela tá sentindo isso, mas não de expressar*” (Ana, N.O.), e ela expressou isso, sentou no sofá, e as lágrimas desciam, pois havia ficado muito abalada. O que nos dá mais visibilidade ainda dos inúmeros aspectos a que os profissionais têm que estar atentos e intervir no transcorrer de todo o acontecimento, são muitos lutos. Além do mais, nos ilustra acerca do não reconhecimento do enlutamento por parte das pessoas com acometimentos mentais graves.

Eu abri a janela para chamar para fazer as coisas e ela estava morta ali, na cama. É muito interessante que a Viviam e a Carmem ficaram tipo, tá. Não tiveram uma reação de imediato, mas quando a coordenadora chegou, elas saíram do quarto para conversar, foi quando Carmen falou, ‘a morte tá nessa casa’. As primeiras

providências foram colocar o lençol em cima dela, pois o corpo ficou aproximadamente de sete horas da manhã até umas sete, oito da noite para ser retirado pelo rabeção, experiência horrível, o dia inteiro esperando (Ana, N.O.).

4.1.3 Reações ao Luto

Neste tópico condensei alguns dos aspectos essenciais ao luto do profissional em SRT em seu ofício de cuidar da vida, ainda que na iminência da morte ou quando da morte propriamente dita. Estes temas estão intimamente relacionados ao quarto tópico: reações de enfrentamento, de modo que será inevitável o intercruzamento dos conteúdos inerentes às narrativas. De todo modo, para fim desta categorização destaco:

- Sentimentos inerentes ao luto (frustração, tristeza, raiva, vazio, impotência, culpa, espanto, pesar)
- Sintomas físicos decorrentes da perda (cansaço, aumento da pressão arterial, exaustão, esgotamento)
- Culpa
- Necessidade de falar sobre a perda
- Dificuldade de chorar
- Lembrança da própria finitude
- Lembrança vivida de determinado comportamento do morador no cotidiano da RT
- Esquecimento dos procedimentos pós-óbito
- Lidar com a ausência
- Sensação de estar fazendo algo errado, de poder ter feito mais

Há situações onde o processo de luto se inicia antes mesmo do óbito, constituindo-se como Luto Antecipatório (Lindemann, 2006, [1944]). E *“quem nunca perdeu uma pessoa especial? Cada pessoa vive o luto de uma maneira diferente e eu descobri isso da pior forma”* (N.E.). É assim que Graça, técnica de enfermagem, inicia sua narrativa sobre a perda do morador Marcelo, que ficou aproximadamente um mês internado no hospital aonde veio a falecer. Graça estivera sempre presente para dar suporte ao paciente; transmitir para os médicos tudo aquilo que sabia sobre sua saúde; e para ter mais acesso ao tratamento dispensado ao mesmo. Porém, mesmo estando internado em um grande hospital, Marcelo morreu sem

diagnóstico, o que deixou Graça muito triste e frustrada, afinal ela se empenhou diuturnamente por assistência clínica para ele.

O que me deixou mais triste foi não ter conseguido diagnóstico. Ele morreu e a gente não soube o que ele teve, se era realmente um câncer no intestino, se era um problema no pulmão, o que foi que fez ele ter todos esses sintomas durante muito tempo. Na verdade, eu tive que sofrer muito, antes dele morrer né (Graça, N.O).

Para Graça, a elaboração antecipada do luto possibilitou seu fortalecimento e o preparo para a perda de Marcelo, e conseqüentemente sua elaboração: “comecei um trabalho de luto, porque quando acontecesse eu estaria mais forte pra superar isso” (N.O.). Afinal, havia trabalhado muito para mantê-lo saudável, além disso, Marcelo foi a sua primeira perda por morte, o que tornou ainda mais árdua essa experiência. “Eu não estava disposta a perder ele. Eu cheguei a ficar com medo da morte, com medo de sair de casa, e falei isso com a minha psicóloga: Tenho medo de sair de casa e tomar um tiro, ser atropelada, ser assaltada” (N.O.).

Na maioria das vezes era eu quem o levava para fazer exames de sangue e de imagem e isso me deixava cada dia mais envolvida, o apego e o afeto foram inevitáveis. Por trabalhar com pessoas é difícil viver só o profissional! (...) Entre um hospital e outro eu sofria um luto sem saber, estava desgastada, e me culpava por não conseguir resposta sobre o que Marcelo tinha (Graça, N.O.).

Porém, em seu envolvimento e empenho em resolver às questões de saúde de Marcelo, somados à inconclusão diagnóstica e as dificuldades em lidar com a sua gradativa piora e com a iminência de sua perda, a solução empreendida por Graça foi a procura por psicoterapia para enfrentar toda a situação vivenciada.

Porque eu tive que pagar uma psicóloga pra essa questão; porque eu me envolvi muito com essa questão; eu tinha muito, muito afeto por ele; qualquer exame que eu ia fazer, eu ia com ele. Teve uma moça que até perguntou uma vez se eu era a filha dele, porque uma vez ele teve que fazer um exame em jejum e daí eu levei umas coisas pra ele comer depois. E as pessoas sempre perguntam: ‘Ah, você é filha dele?’ - ‘Não, eu trabalho com ele, eu sou a técnica de enfermagem que cuida dele’ - ‘Nossa, você trata tão bem ele’. Então eu me via no papel de ser humano, não no papel de profissional. Então eu senti muito, muito, muito! (Graça, N.O.)

Neste aspecto, cabe frisar ser fundamental que cada um de nós possa lançar mão dos recursos que nos são próprios e singulares para lidar com as próprias questões inerentes a perda e ao luto. Entretanto, essa busca de espaços privados não deve suplantiar, tampouco ocultar, a

necessidade de constituição de espaços no âmbito público e coletivo do trabalho em saúde onde estas questões possam ser validadas, compartilhadas e elaboradas em termos de suas repercussões à continuidade do trabalho e das relações ali estabelecidas. Exemplificando, Graça relata tristeza e decepção por achar que a investigação diagnóstica deveria ter sido mais rápida; e pelo fato dela e toda a equipe ter trabalhado tanto para descobrir o diagnóstico e, no entanto, Marcelo ter morrido sem que soubessem o motivo que o levou a óbito. Se uma questão como esta fica somente no âmbito privado e individual, a tomada de responsabilidade e validação coletiva não acontece. Portanto, o compartilhamento é essencial, ainda que seja para declarar e/ou testemunhar, como neste caso, que foi feito todo o possível pela equipe, tanto pela saúde de Marcelo como pela manutenção da sua dignidade até o momento da morte.

O que nos remete à relevância do suporte frente às situações de difícil manejo, suporte este que conforme já dito, deveria ocorrer também no âmbito coletivo e institucional. Além disso, sublinhamos a importância do acolhimento e sustentação ao luto antecipatório mediante a perda iminente, não só para familiares, como igualmente para os profissionais, especialmente àqueles vinculados afetivamente aos seus pacientes.

Quando Ângela faleceu por um engasgo com carne, no meu plantão, caindo entre o vaso sanitário e o box, foi o maior susto que tomei na vida. Quando escutei o barulho, sai correndo da cozinha para a sala, vi os pés dela pelo corredor e dei um grito chamando-a pelo nome. Quando cheguei no banheiro, comecei a gritar para a cuidadora Bete, dizendo que ela estava morta, que ela tinha infartado, pois ela estava muito roxa. A Bete tentando me acalmar e tentando socorrê-la, eu já chorando, muito nervosa, tentando junto com a Bete tirá-la do banheiro, mas ela era muito pesada, então pedi para outra moradora da RT chamar o zelador para tentarmos tirá-la do banheiro. Começamos a fazer massagem cardíaca e começou a sair um líquido da boca dela, então, vimos que ela tinha se engasgado. Os dentes estavam trancados, eu chorando muito e tentando apertar o estômago para ver se ela colocava para fora, só que não conseguimos. Fiquei em pânico, mas ao mesmo tempo, tentando mostrar para as meninas,¹³⁰ que se trancaram no quarto, que ela estava passando mal e que a ambulância já estava chegando para socorrê-la, até acompanhante terapêutica chegar para me ajudar a dar a notícia, que não foi fácil, estava com o meu coração apertado e tentando não chorar perto das outras moradoras (Shiva, N.E.).

Também Miriam refere-se à perda da moradora Ângela e outras do seguinte modo: “*ter muitas coisas passando pela sua cabeça, de modo que não sabia se sairiam de um jeito organizado, mas que tinha vontade de falar sobre isso do luto*” (N.O.). Ela narra, desde o

¹³⁰ As outras moradoras desta RT

impacto pela morte trágica, todo o investimento de Ângela e da própria equipe em seu protagonismo e, estando na casa, a sensação de vazio pela sua ausência.

Eu não consigo me lembrar de ter tido um momento pra lidar com o luto; e eu já vivi, no segmento, alguns falecimentos, já acompanhei alguns, de estar ativamente acompanhando. Às vezes a gente acompanha mais de perto, às vezes nem tanto, mas a gente acompanha muito de perto alguns. O que aconteceu com a Ângela, pra mim foi uma tragédia. Não é algo que a gente podia imaginar em momento algum na vida. Nesse momento tão bacana dela, de querer fazer muitas coisas, entrar pra hidro, com muita dificuldade, porque ela precisava de ajuda pra entrar na piscina, pra sair da piscina, e ela estava lá! Então é isso, no mesmo dia dessa tragédia, a gente tem que lidar com o corpo da Ângela, da hora do almoço até sete da noite dentro da casa, com as pessoas circulando pela casa; com a delegacia, porque a gente precisa ir na delegacia. Eu fiquei uma boa parte do tempo na delegacia, enquanto a coordenadora ficava na casa com as cuidadoras e as moradoras. Então é resolvendo coisas desde o momento do falecimento da pessoa. Na minha vida pessoal, eu vivia também um momento difícil, então, pra mim, eu acho que influenciou muito eu ter tido alguma... Eu não consegui chorar nada! Nada. Ai eu não sei se era porque eu estava tomando remédio e tinha a ver com isso, não sei. Mas eu fui me dando conta, a partir do momento que eu entrava na casa, que a Ângela sempre ouvia rádio e televisão muito alto, porque ela ouvia muitas vozes, e isso ajudava muito ela. Então isso na casa não tinha mais. Era muito estranho assim. E ela ria de tudo, então era uma casa animada! Nunca ela estava sozinha. A gente também sabia que tinha um sofrimento ali, e por isso ela tinha esse recurso do rádio e da televisão que ajudava, né? Mas ela tinha uma presença importante também, né? Era sempre alguém que estava na casa, que recebia a gente. Depois isso mudou, a gente tinha que ligar pra saber se tinha alguém na casa, né? Não tinha mais essa certeza. Então isso foi dando notícias que a gente precisava lidar com isso, precisava lidar com essa ausência dela, né? Eu tinha essa sensação de um vazio na casa. Eu já fiquei sozinha na casa das moradoras depois desse tempo. Era uma coisa muito estranha, porque eu aumentei a televisão [risos]; eu não suporrei, e eu aumentei a televisão” (Miriam, N.O.).

No caso de Viviam, relatado por Ana, vemos um entrelace de vários fatores mencionados até agora. O agravamento súbito de um quadro clínico aparentemente inofensivo, o que não permitiu um enlutamento antecipado; o susto ao receber a má notícia do óbito por telefone; e o efeito emocional pela cascata de perdas ocorridas nesta RT e mesmo no segmento e ainda não elaboradas. Acrescentamos aqui, conforme evidenciado nas diversas narrativas, sem espaço e tempo hábil para a elaboração.

Viviam era fumante há muito tempo e com isso ela tinha uma tosse que nunca passava, até que um dia essa tosse se agravou e ela começou a ter febre, ficar amuada e sem vontade de fazer suas coisas. Viviam foi para a UPA, no meu plantão foi chamado o SAMU, nesse dia eu tinha uma colega trabalhando comigo, foi um extra, pois Viviam não estava bem, e nesta época ficávamos sozinhas (todas as plantonistas). Foi uma outra cuidadora quem acompanhou a Viviam nessa ida sem volta. Quando eu recebi a ligação do coordenador do segmento com a notícia,

eu me senti num abismo, pois ela não apresentava estar mal ao ponto de falecer. Claro que esse era o meu ponto de vista, todos nós, cuidadores dessa RT já estávamos abalados com tantas perdas em tão pouco tempo (Ana, N.E.).

Já no caso de Mariana, ela estava de folga no dia do falecimento de Viviam e ao receber o telefonema do coordenador com a notícia, falou, “*Eu não aguento ligar pra mais ninguém pra dar essa notícia*” (N.O.). Então ele e a Miriam fizeram a comunicação às pessoas, “*e isso foi difícil, porque era importante eu estar junto, mas também ver o meu limite, não, aqui chega, três mortes seguidas nesse momento, vou precisar de ajuda*” (N.O.). Naquele momento, ter sido reconhecida em seu limite, permitiu a Mariana se sentir acolhida, sentir que a equipe, todo mundo foi muito parceiro. Com esse suporte ela conseguiu estar presente, porque considerava importante estar lá, fazer esse processo de despedida.

Sobre este aspecto, conforme Silverio (2010), no que tange ao profissional, remetemos ao alerta feito por Freud (1928) sobre os sentimentos e afetos desencadeados em determinadas situações clínicas e difíceis de discriminar se provenientes da situação em si ou próprios de outras vivências que o profissional já possua. Referimo-nos, portanto, a *Implicação* na relação estabelecida e firmada em termos de vínculo afetivo, assim como na indispensabilidade de espaços de reflexão, seja no âmbito privado como no público, onde a implicação possa ser colocada à prova, para que possa advir alguma *Reserva*. *Reserva* legitimada como a capacidade do profissional em acolher e suportar o impacto resultante das diversas repostas afetivas e relacionais, abstando-se dos seus valores e atribuindo poder decisório, protagonismo e também responsabilidade ao paciente e à instituição a qual encontra-se vinculado, no que diz respeito à saúde, doença, e cuidado do paciente-morador.

O profissional “posto em reserva”, torna possível a criação de um espaço de possibilidades para a emergência de saberes e afetos inerentes a ambos os envolvidos, e, portanto à própria relação estabelecida através e por meio do vínculo afetivo. Constituinte a síntese “presença-implicada e reservada”, naquilo que comporta de ausência convidativa, e deste modo, disponibilidade e confiabilidade essenciais ao tratamento. (Silverio, 2011).

Entretanto, sem o reconhecimento à perda e ao luto, apoio na resolução das inúmeras tarefas que emergem nessas situações e espaços apropriados de fala, o que pode acontecer é o adoecimento, o qual pode ocasionar na complicação do luto, como a sua cronificação ou, antes mesmo disso, o adiamento do luto.

O adoecimento tornando-se a válvula por onde escoam as angústias do enfrentamento constante da dor, do sofrimento do outro e também de sua perda, bem como do luto por elas desencadeado (Luto do Profissional, ou na conceituação de Worden, Luto do Conselheiro), e especialmente a desmedida entre Implicação e Reserva. Abrindo-se a comporta para a cronificação de práticas, mais ou menos habituais e prescritivas, com a prerrogativa de otimizar o tempo, quando na verdade a questão é não tocar ou ser tocado pelas angústias já mencionadas e pelos afetos desencadeados” (Silverio, 2010).

E as perdas vividas no âmbito profissional também nos remetem às perdas pessoais, conforme delineado por Fabiana, que passou pela perda da avó, a qual lhe mobilizou muito.

Mas ela era idosa, não foi nenhuma tragédia, foi de um outro jeito. Mas a minha mãe viveu muitas perdas, e ela acaba, de alguma forma, transmitindo essa vivência pra mim. Ela perdeu o irmão assassinado por meio de violência. E a minha mãe foi perdendo todos os familiares, minha vó, que foi a última, mas perdeu meu avô, que era pai dela, perdeu o irmão, perdeu a vó. Família foi o que ela construiu depois. Então fala um pouco da minha história também, porque eu vivi isso. Isso é muito presente na história da minha família, é o que acompanha minha mãe, o que eu trago em análise. E aí eu já tratei isso em análise também, porque a questão da morte gera uma questão forte pra mim, das perdas... Eu já tenho um pouco essa relação com perda. Eu não vivi muito diretamente, mas aí fica o fantasma do que eu vou viver. Minha família é pequena, parte da minha mãe não tem, então fica um pouco esse sentimento do que eu ainda vou viver, então tem esse fantasmilha que minha mãe transmitiu pra mim. Essa coisa de família pequena. É pequena pelo lado da minha mãe, e pelo lado do meu pai não tem muito contato. Tem isso de que eu vou perder os meus em algum momento, e é uma coisa que eu trabalho em análise. Então já tinha isso, e aí no meu trabalho na RT essa questão da morte eu experimentei muito de perto (Fabiana, N.O.).

Para Fabiana, falar disso no espaço da entrevista foi uma surpresa: “*Nem imaginava falar aqui tanto, mas foi me remetendo. E eu acho que faz bem eu gosto de falar, me ajuda a elaborar. Até a forma como esse trabalho me atravessou, me tocou. Foi por isso que eu comecei dizendo que esse trabalho atravessa a vida, e de várias maneiras; inclusive nessa discussão de luto, de morte*” (Fabiana, N.O.).

Especificamente sobre o adiamento do luto, escutamos de todos os profissionais acerca das impossibilidades de entrar em contato com a dor e sofrimento devido aos inúmeros afazeres subsequentes à perda, e a ausência de espaço e tempo para cuidar dessa questão. Nesses casos em que às reações imediatas à perda não encontram possibilidades de manifestação, o luto pode se complicar. Soma-se a essa característica a própria ausência de validação ou reconhecimento do luto, que aumenta ainda mais as chances de complicação.

Ângela faleceu em um sábado, na segunda feira outra moradora caiu da escada e quebrou o braço, muito triste com a morte da Ângela. Com dois dias da morte da Ângela tive que cuidar da outra moradora, fiquei com muito medo de perder mais uma, não foi fácil cuidar dela com a morte de Ângela... o luto da Ângela foi ficando para trás e o medo de perder esta moradora foi ficando maior que a dor, aí vieram as preocupações, veio o medo de algo acontecer com ela, o medo de como ela ia reagir com a notícia de ter que operar. (...) Minha ficha foi caindo quando tive que desfazer das coisas dela porque uma terceira moradora da RT queria passar para o quarto dela. Foi muito difícil, achava que eu não ia aguentar (Shiva, N.E.).

Da mesma maneira, a dificuldade de troca a respeito de uma situação difícil ou sua ausência pode causar isolamento, solidão e impotência, quando não sintomas físicos que revelam o transbordamento dos excessos, e a evidência de ter ultrapassado os próprios limites de suportabilidade, conforme expresso por Carla.

Rose veio a óbito, tiramos do táxi e levamos ela para dentro do hospital, mas já foi morta. Quando a doutora veio falar comigo percebeu que eu estava passando muito mal e me levou e verificou minha PA que estava 22, acho que foi isso (Carla, N.E.).

Para finalizar o que me levou a fazer este relato, foi o fato de dentro desse contexto me sentir completamente sozinha, não tive nenhum apoio nem ajuda pela circunstância do fato com Rose, nem apoio após o acontecido. Me senti frustrada, sozinha em todos os relatos aqui ditos (Carla, N.E.).

A morte da Rose foi um “*baque muito difícil*” para Carla, pois ela havia trabalhado três noites seguidas, e nessas três noites em que estive com Rose não obtive muitas notícias do que acontecia com ela durante o dia, a não ser que estava sendo acompanhada e tratada, e que já tinha ido à UPA várias vezes, no entanto, viu sua piora a cada dia. Em determinado momento, a própria Rose gritou do seu quarto: “*por favor, me socorre!*”, o que surpreendeu ainda mais Carla, uma vez que Rose tinha pavor de ir ao médico, SAMU então nem pensar. Diante desse pedido e finalmente com o suporte de outra profissional na casa, Carla pôde se preparar para levar Rose ao hospital.

E aí a cuidadora ficou ‘ah, mas você vai levar ela? Falei: ‘Vou, vou levar. Vou tirar ela daqui. Ela ainda queria pentear o cabelo e falou ‘me leva pro hospital’, e falei, ‘vamos! Será que você consegue?’, ela falou assim, ‘não, eu vou’. Ela não estava andando, mas dessa vez ela andou e eu fui e peguei um táxi. Aí eu ia sentar na frente e ela falou ‘não, senta aqui atrás, comigo’, aí sentei. Quando o motorista percebeu que ela estava muito mal, ele entrou em pânico, ‘ela vai morrer!’, aí eu falei, ‘não moço, calma, ela só tá passando mal’. Aí ela desfaleceu, entrou em óbito. Aí falei, ‘pronto, morreu’. E aí eu tive que manter a

calma por conta do motorista, senão ele ia bater com o carro. Eu estava na frente, e quando eu vi que ela estava muito mal, eu pedi a ele pra parar o carro e fui pra trás, e aí ela faleceu. Acho que o pior pra mim foi essa falta de acolhimento naquele momento, de estar ali naquele momento sozinha, sozinha! Levei a Rose, e ela já chegou morta. Foi muito difícil tirar ela de dentro do táxi, e aí levaram ela pra dentro. E a doutora falou, 'olha, ela tá morta'. E a aí ligou, 'e aí Carla, você quer que eu vá pra aí?', eu falei, 'agora não quero mais'. Porque é isso, quando eu precisei na casa, eu não tive, não tive! (Carla, N.O.).

Carla recorda de terem lhe perguntado na ocasião o porquê de não ter chamado o SAMU. “Gente, é muito fácil falar quando a gente não tá vivendo a situação. Depois eu ainda fiquei com uma questão, ‘gente, será que eu errei de não ter chamado o SAMU?’. Mas a Rose pedia ‘pelo amor de Deus’ para não chamar o SAMU. Aí eu pensei, ‘se eu chamar o SAMU, ela vai morrer porque ela não estava respirando quase’”. Carla prossegue contando que o trabalho é esse, tem que chamar a SAMU, e que até ligou, mas era uma dificuldade imensa, ela achou que seria até mais rápida que o SAMU. “Eu estava sozinha!” (N.O.).

Eu acho que o luto no RT tem a ver com isso também, porque, até pra vivenciar a falta, são tantos atravessamentos que se não vir via o luto... É claro que é outro tipo de relação, mas por vezes me parece mais sofrido, não sei se é sofrido o termo... Tem mais atravessamentos que a morte de um familiar. Porque, na morte de um familiar, você perdeu seu familiar. Você vai sofrer, mas é alguma coisa ali de falta mesmo, que tem a ver com uma relação afetiva. Nos moradores tem isso, porque a gente tá muito junto, mas tem aquela coisa que eu falei: Além da relação, do vínculo que foi construído com cada morador, tem a relação profissional. E acho que a rede, e a gente mesmo que tá na equipe de segmento, às vezes tendia a se colocar nesse lugar de que tinha que dar conta, de que não tinha que ter furo (Fabiana, N.O.).

Em algumas das situações narradas, como a morte súbita de Ângela engasgada com um pedaço de carne enquanto aguardava o almoço e a morte de Rose no transporte para o hospital, após a difícil e solitária decisão de levá-la de carro, identificamos alguns componentes traumáticos, entre eles: o elevado nível de *stress*; mortes ocorridas sucessivamente em um curto espaço de tempo; a persistência dos sentimentos de impotência, culpa e auto recriminação; angústia persistente; fatores somáticos; a tomada de uma decisão de “vida e morte” acontecer solitariamente (o que não deixa de ser uma forma de violência).

Para estes profissionais que cuidam do morar e que estão lado a lado com os usuários em seu cotidiano, a morte pode se apresentar com a estranha sensação de uma responsabilidade exacerbada ou mesmo culpa: “o que escapou?”, “como poderia ter sido diferente?”, são alguns dos questionamentos que se apresentam, apesar do entendimento de que não é possível ter total controle sobre a vida do outro (Fabiana, N.E.).

Estes acontecimentos e suas repercussões, assim como outros já citados, demonstram a imprescindibilidade na criação de recursos efetivos para se lidar com a perda e o luto nos SRT. Espaços que propiciem a ressignificação da experiência de perda nestes dispositivos e contribuam para que o enlutamento se dê em bases saudáveis, através de um processo dual de enfrentamento.

A ausência provocada pela morte de um morador de RT deixa marcas na equipe, que segue acompanhando o cotidiano da casa, e nos outros moradores que dividiam a casa, algumas vezes o quarto e que compartilhavam parte da vida. O vazio que fica no lugar que o falecido morador ocupava na casa é uma presença constante. Em meio ao luto é preciso se reinventar para dar continuidade ao trabalho e auxiliar os moradores na ressignificação do cotidiano da casa (Fabiana, N.E.).

4.1.4 Reações de Enfrentamento

O processo de luto implica o contato com uma série de emoções e sentimentos. Trata-se de um momento de desestabilização do mundo interno e externo, uma vez que o mundo presumido da pessoa enlutada foi ameaçado pela perda. Como vimos com Bowlby, o luto é a reação ao rompimento de vínculos. Em virtude disso, a pessoa enlutada sente um abalo em sua segurança e ocorre uma hiperativação do apego, o que pode ser gerador de estresse.

Várias reações são desencadeadas no decorrer desse processo e não obedecem a uma ordem didática, muito embora haja prevalência de alguns sentimentos e emoções no início do processo, que tendem a diminuir contínua e progressivamente. No entanto, a persistência de determinadas reações longitudinalmente sem qualquer oscilação, pode indicar a complicação do luto. Cabe reforçar que a maneira como cada pessoa viverá o seu luto é única e singular, assim como o tempo necessário à sua elaboração.

Como pôde ser visto no terceiro capítulo, essas reações ao luto englobam uma série de manifestações em vários níveis: emocional, cognitivo, físico, comportamental, social/institucional, espiritual, relacional, entre outras.

Algumas dessas reações foram descritas nas narrativas dos participantes, como vemos a seguir:

- Falta de tempo / espaço para viver a morte do morador / luto

- Retorno a RT após o óbito
- Carga de sofrimento significativa
- Reflexões silenciosas
- Necessidade de afastamento físico
- Espaços privados para lidar com o luto (terapia)
- Trauma
- Ocupação do recurso vago na RT – acostumar-se com a perda
- Ressignificação no cotidiano da casa
- Se inventar e reinventar
- Relatório – dificuldade em repetir tudo o que aconteceu
- Limites
- Óbitos sucessivos
- Solidão
- Questões subjetivas e de ordem prática parecem disputar espaço
- Piores óbitos
- Perda complicada
- Trabalhar em casa, finais de semana, abrir mão de compromissos
- Vivência do primeiro óbito
- Chorar / Não chorar

Dentre as reações mais comuns à perda, verificamos o anseio e a busca pela pessoa perdida, como se ela ainda estivesse presente, de modo que há uma disposição perceptual para atentar a qualquer estímulo que sugira a sua presença, como pode ser vislumbrado no relato a seguir. O que, no curso do luto sadio, tende gradualmente a diminuir.

No caso narrado por Graça, os momentos que antecederam a perda iminente, demarcando a antecipação do luto, foram permeados por diversas e intensas emoções. Como no evento em que a profissional correu para a rua com Marcelo nos braços, colocando-o no chão para reanimá-lo, e pedir no sinal para um carro prestar socorro: *“pelo amor de Deus moço, me socorre!”* (N.O.), foi algo que emocionou muito a equipe, levando alguns profissionais ao choro. Assim como o motorista tirar a família do carro, acomodar Marcelo e levá-lo para a UPA: *“Foi muito emocionante! A cuidadora ficou muito mexida, bem abalada com isso depois, a*

equipe toda ficou bem mexida!” (N.O.). O que nos adverte para o empenho e comprometimento da equipe de segmento no cuidado e cura de Marcelo, na força do vínculo afetivo existente, tanto quanto na extrema responsabilidade que versa sobre estes profissionais no cotidiano de suas práticas. Sendo assim, não nos surpreende que se sintam culpados mediante possíveis dificuldades e falta de êxito, uma vez responsabilizarem-se quase pessoalmente por tudo àquilo que acontece aos moradores, quando em tese, a responsabilidade institucional não deveria ser pessoalizada, e sim elaboradas estratégias coletivas e disponibilizados recursos adequados, para assim garantir institucionalidade à qualidade do cuidado ofertado.

Consonantes a essas e outras reações, há a probabilidade de coexistir tristeza profunda e generalizada, advinda do reconhecimento de que a reunião com a pessoa perdida é, na melhor das hipóteses, improvável. Assim como a ambivalência decorrente de dois fatores: a atribuição de grande valor às lembranças e o imperativo de desfazer-se delas. Desejos contraditórios que assumem papel central na dinâmica do luto e que, para um desfecho favorável, exigem que o enlutado suporte as oscilações das próprias emoções e encontre formas de enfrentamento. (Bowlby, 1985).

Para Miriam, a sensação foi de que seu luto aconteceu aos poucos, pois ela sentia uma grande tristeza e lamentação quando chegava na casa e Ângela não mais abria a porta, pois era ela quem abria na maioria das vezes. E não mais o rádio ou a televisão estavam ligados com o som alto, do contrário, havia um silêncio, mas um silêncio que lembrava a morte da Ângela, aquela morte, daquele jeito trágico.

Foi perguntado qual o meu sentimento em relação aos óbitos nas RT. Gostaria de relatar que o que mais me marcou além da tristeza foi o fato de estar sozinha nesse momento. Passei por três óbitos e todos para mim foram muito solitários (Carla, N.E.).

No caso de Graça, ela refere sentir falta de Marcelo até hoje, e que durante os primeiros meses era como se escutasse o barulho de moeda caindo, pois *“ele tinha um fetiche por moeda de cinquenta centavos, então ele vivia com a mão cheia de moeda de cinquenta centavos; só que as moedas viviam caindo, então a gente tinha que pegar, puxar o sofá”*. A presença dele ainda estava muito viva na residência, não só a equipe sentiu sua ausência, como também os demais moradores, todos sentiram muito, *“Não acredito que ele morreu!”, uma delas falou, ‘não, não acredito que ele morreu, ele vai voltar. Estavam com o coração partido, né? E eu*

tinha que explicar, 'ó, ele não vai voltar. Realmente teve essa fatalidade, mas agora ele está bem', dizer a nossa crença, 'agora está com papai do céu, está bem, ele estava sofrendo'. Para a gente confortar eles, para a gente poder prosseguir" (N.O.).

Após a morte de Marcelo, Graça declarou haver sentido cansaço, impotência, fraqueza, sensação de que iria desabar, vontade de chorar e necessidade de pôr a cabeça em ordem. Mesmo com tudo isso, ainda teve que lidar com questionamentos que surgiram por parte de pessoas externas ao trabalho e que não compreendiam o porquê de Graça estar sentindo pela perda de um paciente, e ainda enfrentando um processo de luto como qualquer outra pessoa, uma vez tratar-se de relação profissional. Aqui, uma amostra bem clara acerca do luto não reconhecimento (Doka apud Worden, 1989) dos profissionais.

Casellato (2015a e 2015b) destaca ainda que há situações onde pode haver sobreposição destas razões. Na presente narrativa, como pudemos perceber, a primeira, a segunda e a terceira razão se inter cruzam. A falta de validação social e a impossibilidade de expressar pesar podem desencadear o adiamento ou a inibição do luto e, conseqüentemente, os sentimentos de culpa, raiva, medo e vergonha.

A dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é talvez, o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso. Ignorar este fato ou fingir que não é bem assim é cegar-se emocionalmente, de maneira a ficar despreparado para as perdas que irão inevitavelmente ocorrer em nossa vida, e também para ajudar os outros a enfrentar suas próprias perdas (Parkes, 2009 [1985]).

A sensação de presença da pessoa perdida é uma das reações que pode se manifestar, como pudemos verificar no relato de Miriam. Ana também verbalizou acerca dessa sensação pela perda de Viviam, moradora que ela já conhecia há muito tempo e que, na proporção temporal desse vínculo, também leva tempo para “cicatrizsar”. *“Até hoje eu me pego chamando pela Viviam, seja para recolher as roupas do varal, seja para guardar as compras ou seja para ajudar a limpar o banheiro. Essa perda ainda não se cicatrizou dentro de mim (N.E.)”.*

Para Ana, quando se perde alguém subitamente, a sensação é de estar fazendo algo errado, de que poderia ter feito mais, fica um sentimento de culpa, então o vazio é muito grande.

E acho que isso tudo tá baseado numa coisa que a gente quase não fala, as pessoas esquecem e a gente esquece que tem muito mais afetividade

na história do que só trabalho. Então a gente sempre é pego de surpresa, 'meu Deus, aconteceu isso'. 'Ah, é morador, não tenho nada a ver com isso', não dá pra fazer isso, não tem como separar. A gente acha que dá, mas não dá. A gente tem que aprender a conviver tendo apoio. Seria muito importante a gente ter apoio e acompanhamento da equipe (Ana, N.O.)'.

No caso da Carmen, Mariana estava com ela no dia em que passou mal e foram para a UPA. E antes da alta na UPA, como Carmen não aceitava sair de casa, aproveitaram para pedir a solicitação de exame de acompanhamento do câncer que ela havia tido muitos anos atrás. Mariana refere ter sido uma luta pra conseguir mantê-la lá para o exame, sendo necessário conversar com a administração da UPA. Além disso, nesse dia estava tendo *accountability* no CAPS, e Mariana ainda precisou ir à reunião para pedir ajuda: “*gente, a gente precisa transferir ela. Vamos fazer alguma coisa*” (N.O.), pois percebia que ela não estava em condições de ir para casa e, assim que fizesse o *exame, estaria de alta*. De modo que ficou muito forte o quanto foi uma luta, uma briga para sustentar tanto com a UPA como com a equipe assistencial do CAPS que ela não sairia de alta. Quando finalmente conseguiu resolver isso, recebeu o telefonema da UPA dizendo que ela teve um ataque cardíaco, e foi correndo para lá.

O médico me deu essa notícia, o que eu não escutei. A Carmen era uma moradora com uma super presença, que eu adorava as loucuras que ela falava. E depois é isso, vem muita coisa, 'o que ela disse naquele dia na UPA? O que eu não escutei que ela falou'. A gente fica com isso, sobre o que eu pude fazer. Tem uma coisa ali também da pessoa, da vida e da morte que não têm explicação, e depois a gente tem uma rede de cuidado que é muito frágil. A gente dá nó em pingo d'água e a gente tem um limite do que é possível. Depois tem que ir fazer essa parte burocrática que é muito difícil, imensa. Nesses falecimentos todos vinha uma exigência de fazer um relatório de tudo que a gente já fez pra cuidar daquela pessoa, então os relatórios foram um negócio que me marcou. E é um negócio que toma tempo, que é difícil de falar com as cuidadoras, 'você lembra o que aconteceu nesse dia?'. Isso do relatório é super cansativo (Mariana, N.O.).

No relato de Mariana, além das várias reações ao luto, entre elas o cansaço¹³¹, outras questões muito sérias são pontuadas: as relações entre os serviços e dentro do próprio serviço (rede interna e externa); o desdobrar-se em inúmeros afazeres concomitantes ao acompanhamento e respectivos cuidados ao paciente-morador; e a questão do relatório, que em sua fala condensa o peso sentido pela equipe, ou seja, o fato dos profissionais se sentirem muito exigidos e cobrados em um momento de fragilidade.

¹³¹ Abordaremos esta questão mais pormenorizadamente nas considerações finais.

Fabiana parece traduzir com muita clareza a representatividade desse processo de perda e luto para os profissionais dos SRT. Isto nos permite pensar em que medida, para além da obrigatoriedade de todos afazeres mencionados anteriormente, o próprio profissional enlutado se permite a vivência plena do luto e, conseqüentemente, a manifestação das reações inerentes à ele. Haveria, por parte do profissional enlutado, o reconhecimento dos sentimentos e emoções intrínsecas à perda e ao luto? Haveria validação de sua parte?! Podem as inúmeras tarefas realizadas, para além do caráter impositivo de exigência e dever a ser cumprido, serem utilizadas como estratégias de negação e/ou evitação do contato com todas essas manifestações afetivas?! Deixo como reflexões.

Há um momento em que a parte operativa das situações de morte se esgota, e é quando se torna possível e necessário se deparar integralmente com aquela perda, sem os atravessamentos das questões imediatas. A dureza do contato direto com necrotérios e funerárias dá vez a uma reflexão por vezes silenciosa, que fazem experimentar as mais diversas sensações. Aprender com uma situação de morte, a partir de reflexões silenciosas e, principalmente, coletivas, pode ser mais doloroso do que estar em um necrotério resolvendo questões burocráticas diante de uma intensa circulação de corpos, tratados como material descartável (Fabiana, N.E.).

Por fim, de acordo com Bowlby (1985), não há dúvidas de que qualquer que seja a causa de uma perda - morte ou outras circunstâncias - certos padrões básicos de reação estarão presentes, sendo que as possíveis variações nestes padrões indicam tão somente alternâncias do mesmo tema. As reações à perda, por sua vez, são influenciadas pelas experiências com a figura de apego durante o transcorrer da vida, o que explica grande parte das variações observadas no curso do luto dos adultos. Aspectos que não aparecem tão claramente na narrativa de Graça, mas que se presentificam de algum modo ao enunciar a procura por apoio psicoterapêutico e o seu receio em revisitar lugares já experimentados, onde os medos da insanidade e da morte estiveram presentes.

Tristeza é uma reação normal e saudável a qualquer infortúnio. A maioria dos episódios mais intensos de tristeza são provocados pela perda ou previsão da perda. Uma pessoa triste sabe o que e quem perdeu e anseia pelo seu retorno. E provavelmente buscará ajuda e consolo em alguém em quem confie, e acredita que com o tempo e assistência poderá recuperar-se. Seu senso de valor individual e competência permanecem intactos (Bowlby, 1985).

4.1.5 Relações Sociais e Institucionais

Neste item, optei por fazer uma junção das relações sociais e institucionais que, de algum modo, foram se desenhando nos tópicos anteriores em termos da legitimação ou não da perda e do luto; assim como as relações interprofissionais e interinstitucionais que fomentam a rede de atenção em saúde.

Prestar serviços na área da saúde é desgastante, e o profissional, um ser comum com demandas pertinentes à própria humanidade, sofre também influência de fatores interpessoais advindos de áreas sociais que se relacionam com sua expressão como indivíduo, tais como culturais, econômicos e políticos (Liberato, R. in Casellato, 2015b, p.156)

Os componentes que surgiram na fala dos profissionais, a esse respeito foram:

- Veto social
- Desconfiança / acusação
- Falta de acolhimento
- Desconhecimento do trabalho
- Interlocação entre a equipe de segmento, com a equipe assistencial do CAPS, com a Atenção Primária e outros equipamentos de saúde
- Rede de cuidado frágil
- Número restrito de profissionais
- Ocupação do recurso vago

Incluí nesta categoria um tema - mencionado nas narrativas dos participantes - que poderia ter sido abordado no segundo tópico. Contudo, pela extrema relevância para a discussão institucional, especialmente na interface entre desinstitucionalização e luto no contexto dos SRT, priorizei tratar mais pormenorizadamente neste tópico: a ocupação do recurso vago.

O que significa isso e qual a relação com o luto? Enfim, enquanto estava na assessoria, pela ausência de um termo mais adequado, utilizei a expressão RECURSO em detrimento a VAGA para designar o espaço disponível em uma RT, quer seja na implantação de uma nova residência; quando um morador muda da RT para outro tipo de moradia ou retorna para a casa de familiares; ou ainda quando há um óbito. Sendo assim, a disponibilização de um recurso em RT para um novo paciente só acontece quando um antigo morador mudou-se definitivamente daquele SRT. Isso não acontece, por exemplo, nos casos onde houve a necessidade de acolhimento no CAPS ou de uma internação, seja ela clínica ou psiquiátrica. Outro aspecto que

foi decisivo nessa escolha terminológica diz respeito ao lugar comum a que vaga nos remete em saúde, que é o leito/enfermaria hospitalar. Fiz uma tentativa de romper com esse paradigma ou lógica da vaga, até porque não compreendo a ida para a RT como a ocupação de uma vaga. Em meu entendimento, essa concepção é reducionista e coloca em risco todo o trabalho clínico envolvido no processo de desinstitucionalização e atenção psicossocial, especialmente na interlocução com outros serviços e setores. Entretanto, faço a *mea culpa* de que a terminologia ‘recurso’ talvez não seja a mais indicada, uma vez não sintetizar a complexidade da ida para uma RT disponível; por outro lado, creio que recurso nos personifique mais adequadamente do que vaga, o papel da RT enquanto um meio e não um fim. Pois bem, a questão está lançada e, logicamente, a terminologia não é o suficiente para produzir práticas, porém pode ser uma boa indutora destas. Bem sabemos, na atualidade, o quanto determinadas palavras e discursos não podem ou devem ser naturalizados, pois tem o poder de incitar políticas racistas e excludentes, entre outras. Ademais, estamos falando de um campo e de pessoas ainda excluídas e vulnerabilizadas, em que muito temos a avançar na desconstrução de estigmas e preconceitos os mais variados e na construção de políticas sólidas de sustentação de suas vidas na cidade.

Esclarecido isso, podemos contextualizar o impasse vivido pela equipe de segmento quando do óbito de um morador querido e como isso se intercrusa com a desinstitucionalização. De um lado, temos, por parte da equipe técnica de gestão da SSM, um esforço no sentido de sustentar a política pública de desinstitucionalização, e, deste modo, reassegurar em várias frentes o caráter legítimo de um dispositivo de cunho residencial exclusivamente como moradia, não sujeito a regulação ou internação de qualquer tipo¹³², o que para fins de evitar-se riscos indesejáveis implica na ocupação do recurso vago com maior brevidade; e além disso pelo fato de haver muita gente ainda institucionalizada aguardando uma oportunidade de saída, muitas delas já em trabalho de desins. Por outro, temos uma casa onde residem no mínimo quatro pessoas¹³³ e uma equipe de profissionais que circula cotidianamente pela casa, realizando um trabalho, que como vimos exige investimento afetivo e disponibilidade ampliada. Estas pessoas, moradores e profissionais, por ocasião da perda por óbito, têm dificuldades em lidar com a

¹³² Temos notícias oficiais de outros municípios do estado do RJ que se viram com a problemática de ter na porta da RT uma viatura da polícia e/ ou ambulância, tendo sido obrigados a receber o paciente usuário de drogas ou outros sem qualquer indicação para RT, sem qualquer trabalho prévio, e sem qualquer articulação com aqueles de direito, ou seja, de “supetão”.

¹³³ Algumas se conhecem desde suas internações nos áureos tempos, antes mesmo dessa prolongar-se indefinidamente.

ocupação do recurso com brevidade, em função do luto em curso¹³⁴, aonde, como já vimos, diversas questões estão implicadas, considerando-se a abrangência que o processo de luto adquire em nossas vidas.

O que dói é saber que ela foi só mais uma para o nosso governo, e com a morte dela se abriu uma vaga na RT, já para mim, que tive o privilégio de cruzar meu caminho com a rabugenta mais doce do mundo, foi um aprendizado e tanto (Ana, N.E.).

Foi muito complicado voltar para a residência após o falecimento de Viviam porque era ela quem cuidava da roupa, da louça, do armário, da lista de compras, de tudo! Era a dona da casa. Tinha dia que a gente sentava no sofá, e ela vinha com a cabeça assim e colocava nossa mão na cabeça dela pra fazer carinho, e olha que não gostava de carinho, hein (Ana, N.O.).

Então, acho que é fundamental se dispor a falar disso. Eu acho que fica a marca. Na minha análise, hoje, quando eu falo de situações de morte, eu vira e mexe remeto à minha experiência como AT, porque foi uma marca forte do meu trabalho (Fabiana, N.O.).

A título de ilustração, para Ana foi muito importante o fato de ter demorado um pouco mais para haver ocupação do recurso vago na residência (5 / 6 meses) após o óbito de Viviam, o que possibilitou que a perda fosse trabalhada. Já que para um dos moradores a perda foi muito complicada, pois ele já havia vivido a perda de outro companheiro, também morador da RT, e começou a se preocupar mais em relação à morte, a se preocupar em ficar doente e fazer dieta, por ser diabético e dependente de insulina. Ele também manifestava medo de chamar a SAMU, pois via que os companheiros saíam e não voltavam. Então, para Ana, o morador passou a ter o seguinte pensamento: “*vou fazer de tudo pra não ficar doente, pra não chamar a ambulância. Eles falavam assim: SAMU não, bombeiro não, eu estou bem*” (N.O.). Por isso, a mudança de um novo morador foi mais fácil após esse período de tempo, pois houve espaço para se acostumarem com o fato de que a Viviam não estaria mais na casa, e que outra pessoa viria não substituí-la, mas ocupar o espaço que ficou.

Agora a gente precisa parar. Não dá pra emendar um no outro. Tiveram situações que foram muito difíceis, morreu e trinta dias depois com recurso em aberto... eu tenho ódio de recurso em aberto [risos]. Enfim, isso é uma coisa que também me dava uma raiva, Como assim trinta dias? E a gente não vai pensar no que tá acontecendo? (Irene, N.O.).

A vontade foi de dizer: ah, acho que não dá mais pra trabalhar, porque a culpa não é mais da casa, a culpa é nossa então, perdemos quatro em

¹³⁴ Como coordenadora de RT e posteriormente como assessora de RT, tive a oportunidade de verificar essa situação em diversas RT de diferentes segmentos, seja através do abalo experimentado e testemunhado pelos moradores, seja pelos profissionais. Não à toa a ideia desta pesquisa. Obviamente, como área técnica da gestão vivenciei na própria pele os impasses gerados pela necessidade de articulação entre as respostas ao luto e as respostas interinstitucionais.

um ano e meio! Não aguento mais, não tem mais como ficar; pra mim já deu'. Para Irene isso foi complicado pra equipe toda, 'deu vontade de chutar o balde (Ana, N.O.).

Outro aspecto retratado pelos participantes refere-se à interlocução intersetorial, a qual deixa entrever muito distintamente o desconhecimento sociocultural que se tem sobre as políticas públicas na esfera da saúde mental, mais especificamente ainda em relação as RT, inclusive na própria rede de saúde mental; o estigma em relação à loucura; e a desumanização dos equipamentos de Segurança Pública. O que nos sinaliza a pressa na publicização cuidadosa do trabalho realizado na esfera da atenção psicossocial.

Lidar com esses serviços que trabalham com a morte de maneira cotidiana foi um espanto também. A naturalidade com que os profissionais de um necrotério lidam com esse tipo de acontecimento também não vou esquecer, principalmente por ficar muito revoltado na ocasião. Existe uma falta de preparo desses profissionais receberem alguém que acabou de perder seja um familiar ou ente querido. Além da falta de preparo existe outra intenção maior que não é de oferecer acolhimento e sim um certo mercado, de oferecer uma funerária parceira... Isso tudo de dentro do hospital em um momento tão pesado que é o reconhecimento da pessoa falecida (Álvaro, N.E.).

Mariana nunca havia passado pela experiência de reconhecimento do corpo, e considerou a situação muito estranha, os maqueiros empurrando os corpos de um espaço para o outro, “*não tem espaço. É essa daqui?*”. *É um troço meio estranho, porque ela tá ali muito inteira, quase com a cara de rabugenta (risos)*” (N.O.).

Álvaro refere-se à naturalização e a falta de acolhimento com que lidam com isso no necrotério, o que adjectiva como perverso, embora acredite não se tratar disso, mas de um costume, “*um costume para mim muito estranho*”, uma rotina de trabalho a qual acabam se acostumando.

Mas eu fico imaginando como um familiar chegaria nesses setores. Eu acho que é um outro tipo de vivência. Eu acho que essa falta de acolhimento está nesses lugares também, de acolher alguém que tá ali acompanhando esse momento tão difícil da vida. Então eu fiquei com mais vontade de falar disso, que é uma chave que não pode ser virada mesmo depois do falecimento, eles têm um trabalho pra fazer até o sepultamento (Álvaro, N.O.).

Tem uma situação parecida com a da Miriam, né? O policial veio lá em casa pra ver¹³⁵, levantou o lençol, e a Neca tinha um problema no braço. Ela tinha uma fratura muito evidente no braço, daí o policial

¹³⁵ A moradora morte na cama de sua casa

perguntou, 'o que foi isso?! Se machucou e tal' - 'Não, é uma fratura de muitos anos'. E a gente percebeu nitidamente que ele estava procurando alguma coisa, pra ver se tinha havido alguma briga, ou alguma coisa assim. E as horas passando. E o sentimento é de raiva, eu me lembro exatamente disso, raiva, muita raiva, porque parte de um não conhecimento que ele tem do trabalho, né? O mundo não sabe o que é isso aqui (Irene, N.O.).

Parece que o que eles acham é o que todo mundo que tá fora pensa, 'ah, é só mais um paciente, será que eles cuidaram direito?'. Eles não têm noção do quanto aquilo ali mexe, o quanto a gente se doa pro paciente, o quanto a gente entrelaça nossa vida com eles, que é isso que a gente faz. É como eu falei, metade do seu mês é com ele' (Ana, N.O.)

Por outro lado, para alguns profissionais da equipe, também chamar a SAMU ou levar para a UPA ganharam uma conotação assustadora, onde parece estar envolvido o risco da morte e não o cuidado com a saúde debilitada, quase como levar para o necrotério. Como podemos verificar na fala de Ana, que nos conta sobre os piores óbitos vividos por ela na RT, os de Carmen e Viviam, sendo que o da Viviam foi o que mais abalou a todos, pois ela estava bem, não estava doente, enquanto a Carmen tinha um câncer abdominal. Viviam estava bem e de repente começou com uma tosse, tipo gripe ou asma, e não conseguia respirar direito. Irene complementa acerca das dificuldades de comunicação no cerne mesmo dos equipamentos de saúde, pois neste caso, primeiro na UPA atestaram bronquite, depois quando ela foi para o hospital geral diagnosticaram pneumonia, e apenas quatro dias depois ela morreu, o que deixou o sentimento de frustração. Ana diz que isso causou trauma na equipe, a ponto de ser muito complicado quando precisam chamar a SAMU ou levar para a UPA, devido “à sensação de que eles não vão voltar se a gente levar. A gente faz de tudo pra levar, no máximo, pra uma Clínica da Família, porque levar pra uma emergência é doloroso demais” (N.O.).

Graça, ao contar sobre a experiência de adoecimento e morte com o ex-morador Marcelo, o qual ela acompanhou desde o seu processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico, nos conta que alguns meses após sua saída ele começou a apresentar problemas de saúde: emagrecimento rápido (quase quinze quilos em menos de um mês), e vários episódios diários de diarreia. Aproximando-a ainda mais da Clínica da Família, onde foi iniciada uma investigação diagnóstica tendo como hipótese: câncer de intestino. O que levou a várias tentativas ambulatoriais de realização do exame de colonoscopia, sem sucesso, porque Marcelo não esvaziava totalmente o intestino mesmo com os preparos, esse episódio fez com que a equipe se sentisse culpabilizada pela equipe de saúde da família, que atribuía tal insucesso a eles: “eles falavam que a culpa era nossa, que a gente tinha feito alguma coisa de errado”. Até

que optou-se por interná-lo em um hospital geral, para a realização do procedimento, e ainda assim, este não foi bem sucedido, pela mesma razão. Além disso, Graça registra que a equipe de segmento era muito cobrada pelos profissionais que já tinham trabalhado como cuidadores do Marcelo no hospital psiquiátrico, perguntavam porque ele tinha emagrecido tanto, “*mas nesse meio tempo eles não sabiam que a nossa luta já tinha começado (N.E.)*”.

A Rose foi a primeira que eu estava mais próxima, porque, quando eu cheguei, teve uma situação de morte que eu ajudei a cuidar; mas ainda não tinha construído vínculo, tinha acabado de chegar. Teve toda a dureza de ficar lá no necrotério do hospital esperar horas e horas. Mas a Rose foi quem mais me mobilizou, porque tinha uma relação afetiva já construída e tinha essa cobrança, também: ‘Você falhou. Por que você não foi na casa? Por que você não chamou o bombeiro?’”. O que eu senti mais foi da equipe do CAPS, até da própria equipe de segmento. A gente era um grupo muito consolidado, mas também foi um período de mudança de coordenação. Então eu me vi respondendo a uma série de questões pra alguém. Era muito recente a chegada da outra coordenadora, que foi alguém que eu construí uma super relação depois, mas enfim... Era muito recente a chegada dela, e ela estava tentando entender mesmo, e aí eu me vi respondendo uma série de questões pra alguém que estava chegando e não sabia a dimensão do vínculo (Fabiana¹³⁶, N.O.).

Ainda sob esse aspecto de sentir-se culpada ou sentir-se culpabilizada pela morte, Fabiana nos expõe as repercussões da perda de Rose, “*acho que as pessoas não estavam em condições de acolher; estavam precisando ser acolhidas, também*” (N.O.). Muitos profissionais, inclusive o hospital psiquiátrico compareceram ao seu enterro, “*que foi cheio e, não sei, ficou um clima meio estranho*” (N.O.).

Não sei, acho que entra um aspecto meio paranoico. Acho que estava todo mundo tentando identificar culpados; estava todo mundo meio inconformado porque foi muito de repente, de fato. As pessoas ficaram muito mobilizadas e tentando entender. Mas acho que tem uma coisa nossa também, do lugar que a gente se coloca, da equipe do segmento; de achar que vai dar conta de tudo, de estar muito junto e a gente tenta, né? Só que algumas coisas escapam, mesmo. E aí tem isso, também (Fabiana, N.O.).

Para Fabiana isso ficou muito forte, embora não tenha sido dito, pois em vários momentos ela se viu tendo que explicar como foi todo o processo, porque as pessoas lhe perguntavam, e apesar de não lhe apontarem como culpada, não lhe responsabilizarem diretamente, tentavam entender, e nisso ela se pegava justificando o que fez, “*porque eu não fui na casa, enfim*”.

¹³⁶ A at refere que na época do acontecido ela estava há seis meses no segmento, dois meses na casa, a Rose recém-desinstitucionalizadas; e ela teve que fazer uma avaliação clínica.

Isso foi o que eu consegui identificar que eu poderia ter feito diferente. Eu tive essa sensação, de as pessoas estarem culpabilizando a equipe do segmento. E mais especificamente a mim. Eu era AT da casa, e eu estava de plantão no final de semana que ela faleceu. Eu senti como uma coisa muito direcionada a mim, e eu assumia a culpa de alguma forma. Eu fiquei muito com isso, com o que eu poderia ter feito de diferente, porque ela foi duas vezes no médico na semana. Ela não estava desassistida na Atenção Básica. O que daria pra eu fazer não era chamar bombeiro, acho que na época minha avaliação foi: 'Eu deveria ter ido na casa', mas isso eu consegui avaliar com tranquilidade depois. Naquele momento, eu tentei manejar por telefone, demorou um pouco, e no caminho... (...) Porque nesse trabalho a gente fica de todas as formas num esforço absurdo de não deixar furo. E acho que seria uma forma de tentar cobrir todas as possibilidades, eu fiquei com essa sensação, não cobri todas as possibilidades. Eu poderia ter tentado ir lá pessoalmente, mas também não teria garantia de nada. (...) Na época, eu não achei que a Rose estava correndo risco de morte, eu não achei mesmo. Eu estava me sentindo respaldada porque ela tinha ido ao médico (não estou dizendo que foi erro de avaliação), e não foi identificado nada. Ela tinha bronquite e falaram pra ela fazer nebulização. Não me pareceu nada muito grave, não, e não pareceu nada muito grave aos olhos dos médicos também. E aí, quando a Carla me ligou falando que ela estava com falta de ar, que ela estava topando nebulização mas não ir ao médico, eu achei que não era o caso dela ir pra uma avaliação médica, e tentei manejar ali, mas acho que eu não consegui acessar a urgência da situação. E não tinha como acessar mesmo. A gente, depois, descobriu que foi uma embolia pulmonar. A fala mais acolhedora foi a da supervisora do CAPS. Ela falou assim: 'não tem a ver com você, tem a ver com uma história de acompanhamento, tem a ver com a instituição psiquiátrica onde ela esteve internada, tem a ver com o CAPS, tem a ver com todos os profissionais pelos quais ela passou' (Fabiana, N.O.).

E Álvaro remete a experiência com o morador Zeca, na noite de sua internação na UPA, ocasião em que faleceu. Descobriram que ele estava com pneumonia mal curada e precisava ficar internado para tomar antibiótico, e foi uma internação difícil porque ele não parava, queria se levantar, e precisou ficar contido. Para piorar, o cuidador não pôde acompanhá-lo devido aos riscos de contaminação, muito embora também fosse um profissional oficialmente vinculado à saúde pública, que poderia ter sido orientado quanto aos riscos e a maneira de preveni-los sem desassistir ao paciente. De todo modo, permaneceu na recepção e, de tempos em tempos, dava uma olhada em como estava. Até que, em um dado momento, ele viu o Zeca todo ensanguentado, porque ele deu um jeito de puxar os acessos, e ninguém tinha notado isso, porque não tinha acompanhamento.

O cuidador tinha me mandado foto e era uma coisa grotesca, porque ele estava muito ensanguentado, estava muito machucado. Então acho que isso tem a ver com essas marcas que as pessoas foram falando, de contar com esses setores. Faz parte desses episódios que a gente vai vivendo. Aí, quando o Zezé entrou na UPA, ele não saiu, ele teve óbito na UPA, abscesso pulmonar, se não me engano o diagnóstico. E no mesmo dia liguei pro irmão e foi muito difícil. Apesar dele estar

acompanhado esse momento, de saber que isso podia acontecer, mas é uma conversa difícil (Álvaro, NO.).

Era um final de semana, e Álvaro lembra que havia saído naquela noite e quando recebeu a notícia ele teve que encontrar um lugar onde pudesse fazer a comunicação ao irmão de Zeca. Marcaram de se encontrar no dia seguinte, para ajudá-lo nesse processo, o que também foi uma experiência difícil. Relata ainda que, para pegar o atestado de óbito, foi necessária uma manhã inteira, o que ele acredita que poderia ser feito de outro jeito, porque apesar de acontecerem muitos óbitos durante um dia, a maneira de encarar isso deveria ser de mais cuidado com o familiar, com a pessoa que está ali. Deveria se atender com um compromisso maior de dar a notícia. *“Eu não sei, foi uma coisa que me chamou atenção. Ficar uma manhã inteira pra conseguir aquele documento, ter que ir no cartório, bom, essas coisas” (N.O.).*

Do mesmo modo, Mariana rememora a situação vivida por uma cuidadora que ficou uma manhã inteira – de 9h da manhã às 12h - no hospital, na tentativa de obter notícias do morador, para depois de muito tempo saber que ele havia morrido na véspera. *“Uma coisa, assim, que é muito duro. A gente não sabe os motivos, mas a vivência disso... Assim, é violento. Eu me lembro que a cuidadora ficou muito mal. É isso, você me lembrou que tem uma série de situações” (N.O.).*

Por fim, através dos relatos temos um compilado de diversas situações muito delicadas envolvendo a morte de um morador em SRT e seus desdobramentos junto às instituições de saúde, segurança pública, da própria saúde mental, entre a própria equipe do CAPS, entre outras.

4.1.6 Cuidado Àquele que Cuida

Aprender com a morte para o acompanhante terapêutico significa se deparar com o tamanho de sua responsabilidade e ao mesmo tempo com o seu limite profissional. Uma de suas importantes atribuições é convocar a rede de cuidados¹³⁷ dos moradores para compartilhar a grande responsabilidade que é cuidar em liberdade (Fabiana, N.E.).

Neste tópico, incluí os temas que se referem àquilo que aumenta a potência da equipe frente à complexidade do trabalho nos SRT nessas situações de perda e luto, conforme delineado pelos

¹³⁷ Sublinhamos as estratégias sugeridas a fim de facilitar sua visualização.

próprios profissionais da equipe de segmento. O que já nos dá pistas das estratégias de enfrentamento em situações de difícil manejo. Considero esse fator fundamental, pois os participantes não se detiveram, em suas narrativas acerca das situações difíceis e na expressão de sua dor - por si só fatores de extrema relevância - eles foram além, auto-reflexionando acerca da constituição de ferramentas para a confrontação dessas situações. Outrossim, essa movimentação tão preciosa faz parte do processo de ressignificação da perda e do luto.

Os temas pertinentes ao item são:

- Supervisão
- Qualificação
- Espaço institucional de apoio
- Trabalhar a perda
- Vida e Morte – Finitude da Vida
- Escuta
- Acolhimento / Acolhida
- Construção / crescimento em equipe

Para Miriam, a equipe também precisa de um afastamento físico, porque trata-se de um trabalho em que todo dia há coisas para resolver, *“e todo dia a gente não vai ter chance de viver o luto. E o corpo fica tão cansado, né gente? Eu não sei explicar”* (N.O.).

Para Álvaro, os profissionais procuram espaços particulares de terapia, porém indaga sobre espaços institucionais para se lidar com isso. *“Acredito que seja um desafio pensar em espaços destinados à elaboração do luto em serviços como as Residências Terapêuticas, devido às grandes demandas e trabalhos que a equipe precisa garantir mesmo depois do óbito”* (N.E.).

Para Miriam, seria importante um afastamento físico do trabalho depois da morte de um morador que o profissional acompanhou tão de perto. *“Já que se trata de um trabalho onde as demandas são infinitas, corremos o risco de atropelar um momento de luto com outras ocupações”* (N.E.).

Graça refere-se a dois recursos de extrema importância no cuidado da equipe a Marcelo,

sem os quais talvez não tivesse resistido:

1. Curso de primeiros socorros - realizado por uma das enfermeiras do CAPS, que inclusive dá supervisão clínica/técnica às técnicas de enfermagem e cuidadoras da equipe de segmento - “*Eu acho que foi isso que salvou ele, porque ele teve três paradas respiratórias em casa*” (N.O.).

2. E o fato de haver duas cuidadoras noturnas na residência por plantão, pois enquanto uma permaneceu na casa com os demais moradores a outra pôde socorrer Marcelo: “*foi pro meio da rua e pediu a um carro particular que estava passeando com a família, para leva-la para a UPA, onde ele teve mais uma parada respiratória e ficou internado por um mês, até conseguir transferência para um hospital de maior complexidade*” (N.O.).

Para Mariana, apesar de ser difícil ter que responder a tantas perguntas sobre o óbito, num momento em que nem sempre está disponível, o esforço da equipe assistencial do CAPS em acolher e ajudar a pensar foi muito importante. “*Acho que depende também de cada situação, mas teve um esforço, eu senti do CAPS, um esforço de acolhimento*” (N.O.).

Álvaro relembra um encontro entre a equipe desta RT com a supervisora do CAPS, “*eu acho que eu me lembro até de uma frase, é o momento de parar e de lembrar deles*”. Para Mariana, isso foi muito importante! Para Shiva, a reunião foi um espaço possível para que a equipe de segmento pudesse falar tudo aquilo que estava sentindo, que estava acumulado, e um momento das pessoas ouvirem cada um. “*Aquela reunião ali parece que foi pra lavar a alma da equipe*”. E na época gostariam que este encontro se repetisse, o que não foi possível. Para esses profissionais, o que de melhor puderam apreender desse encontro:

Foi poder desabafar mesmo; alguém pra nos ouvir. A equipe inteira estava se sentindo culpada, como se a gente tivesse deixado de fazer algo. E a supervisora conseguiu passar pra gente que aquilo ali foi uma fatalidade da vida, que a gente fez o máximo que a gente podia: qualquer coisa estava ligada, estava com a supervisão, estava com os at. Então foi também um momento de a supervisora poder acalmar os nossos corações, porque a gente não teve culpa. Isso foi uma fatalidade daquelas situações (N.O.).

Para Carla, mais difícil do que não ter com quem dividir uma decisão difícil foi a troca de plantão, pois, na sua opinião, a acolhida entre as cuidadoras faz uma diferença imensa. A plantonista diurna viu uma pessoa muito mal e deixou uma colega sozinha mesmo assim, numa situação difícil. Carla pondera ter ficado mesmo chateada e que, na época, não houve a preocupação que a equipe de hoje tem, “*perai, tá passando mal, a at vai, o cuidador vai. Antigamente, a gente também fazia isso, duvido, se o morador passava mal, não ia alguém ajudar, não ia o at de plantão*”. Ficou com a sensação de não ter conseguido socorrer Rose a tempo. De ter que voltar no outro dia para fazer o plantão e não ter esse acolhimento que, atualmente, encontra na equipe.

Rose havia passado o dia na emergência, mas ela não estava bem. E tanto estava mal que ela morreu. E até hoje isso pra mim é muito difícil, pensar que eu vivi isso; tanto é que a minha pressão foi a 23 e eu fiquei lá internada nesse dia. A doutora percebeu que eu não estava bem e falou, ‘deixa eu te examinar’. Fiquei até as três e pouca da manhã e voltei pra casa, liguei e falei, ‘oh, estou aqui. Aconteceu isso, isso e isso’. E a minha filha me levou pra casa (Carla, N.O.).

Para a acompanhante terapêutica que viveu essa situação junto com Carla algo que ficou foi que Carla estava sozinha com a Rose naquela situação de morte, e disse: “*eu ouvi o suspiro da morte da Rose no carro. Eu vi quando ela morreu. Foi muito forte. E aí ficou pra mim: meu Deus do céu, a Carla está vivenciando isso sozinha, sabe?*” (Fabiana, N.O.).

E foi de noite. Eu não conseguia dormir, fiquei de um lado pro outro. Veio a confirmação, e aí começou tudo isso que eu relatei. E ficou essa sensação. Foi difícil, depois, me recuperar disso, porque fiquei com isso, com essa sensação de culpa. E senti muita falta da Rose na casa, as moradoras sentiram. A gente tinha recebido uma moradora nova, era muito recente, e a Rose era uma figura importante... a Rose trazia uma vivacidade para casa e para a nova moradora, então a morte dela representou um certo retrocesso até, eu acho, em relação às outras moradoras. Estava difícil ficar na casa. A Rose também era muito querida, mas o manejo com ela não era simples, era uma moradora que convocava muito as moradoras, convocava muito a equipe. Então teve essa dimensão de estar junto às cuidadoras, que também não era fácil, também sentiram muito. Então me atravessou em vários aspectos (Fabiana, N.O.).

Assim como Carla, Shiva salienta a importância desse apoio até quando se passa por problemas pessoais, “*porque nós somos humanos, nós temos família*”. Sabe que pode contar com a Miriam, como por exemplo, quando eu estava com um problema com a minha filha, e ela me liberou para que pudesse resolver, “*não se preocupa com a casa, com morador, agora é você e seu problema. Então aquilo, nossa! Era como se eu recebesse um abraço naquele momento, pelo telefone. É muito importante. Acho que o que a equipe tá batalhando*” (N.O.).

Acrescenta o quanto foi importante que RT mais complexas como aquela onde residiam, Nilda, Carmen e Viviam, entre outros, tenha uma dupla de cuidadores noturnos, ‘*eu acho que isso até mudou a força de trabalho. Então esse cuidado deles conosco, nossa!*’

Mariana refere-se a quanto a equipe caminhou e quantas coisas criaram em equipe, coisas que nem imaginava que poderiam acontecer. O que alude à construção que, apesar de tantas adversidades, foi sendo empreendida coletivamente, de acordo com as possibilidades de cada um e do serviço CAPS/SRT em questão. “*Foi degrau por degrau. Foi criando junto, em equipe*” (N.O.).

Para Carla, a postura da coordenadora do segmento foi essencial nesse processo, pois, além de respeitar os profissionais cuidadores, fez o movimento de inclusão deles nos espaços do CAPS.

A ‘coordenadora x’ é humilde, a gente se sente equipe do CAPS. A gente não conseguia usar o banheiro da sala da administração, a gente não usava, a gente usava o dos pacientes, o de lá de cima. Eu estou nesse trabalho há dez anos, e eu não conseguia sequer entrar direito na sala de equipe, ela conseguiu esse laço, ‘olha, vocês são equipe do CAPS. Vocês podem usar o banheiro, vocês podem beber água’. Ontem mesmo eu falei, caramba, acho que esse tempo todo eu almocei lá na sala de cima duas vezes, foi ontem. Trouxe a marmita e sentei lá com os médicos. Gente, como tá diferente, né? Como é bom a gente saber que a gente tá acolhido. E não é nem o acolhimento, é a equipe. Que bom, que bom” (Carla, N.O.).

Para Fabiana, tem ainda a questão de os serviços das RAPS, como um todo, terem muita demanda e às vezes não ter profissional suficiente. De modo que acabam entendendo que, de certa forma, os moradores da RT já estão cuidados, o que às vezes dificulta compartilhar responsabilidades. Porém, a equipe de segmento não tem como dar conta de todo o cuidado, e ter um profissional dentro da casa dá essa sensação de que, de alguma forma, tem que responder por tudo. Uma das situações em que Fabiana refere sentir isso é nas demandas clínicas dos moradores, em que o acompanhante terapêutico, estando presente ou não, tem que fazer uma avaliação que é médica, e por mais que o acompanhante terapêutico seja multiprofissional ele não conseguirá fazer¹³⁸.

E aí o CAPS não tá chegando junto quando convoca o CAPS; a Atenção Básica não tá chegando junto quando convoca Atenção Básica. E aí, quando tem uma situação de falecimento (eu vivi algumas), a gente

¹³⁸ O que não quer dizer, segundo ela, que deva ter um médico na casa. Acrescento, que deveria haver sem dúvidas uma rede de saúde potente e disponível a compartilhar dessas demandas.

precisa fazer relatório e justificar o percurso que foi, né? Até a situação de morte. E às vezes é difícil, muitas vezes eu me senti sozinha respondendo pela situação de morte (Fabiana, N.O.).

Segundo Fabiana, ainda sob este aspecto, existe uma coisa também de hierarquia, que vai sendo transmitida de um para o outro, que tem a ver com um desenho da superintendência (SSM) para o CAPS, da direção do CAPS para a coordenação da equipe de segmento, da equipe de segmento para o cuidador.

Eu acho mesmo que não tem a ver com as pessoas, até porque, no período que eu estive no CAPS, eu tive uma relação muito boa com minha chefia imediata. Mas eu acho que tem um certo modo de funcionamento em que um vai cobrando o outro, porque a gente, de fato, estava no trabalho com uma população muito vulnerável. A gente precisava estar atento mesmo, né? Era um trabalho que a gente... Eu acho que tem isso dos pares pressionarem, e a gente sabe que, enquanto, profissional, a gente precisa dar assistência. A gente tenta não deixar furo, porque a gente sabe o que está em risco, e que pode custar a vida de um morador (Fabiana, N.O.).

Assim sendo, aquilo que os profissionais participantes desta pesquisa apontaram como **pontos fracos** na lida com a morte e o luto nos SRT pode ser sintetizado da seguinte forma:

- Dificuldade de compartilhamento e interlocução com a rede interna e externa em saúde;
- Dificuldade de interlocução intersetorial;
- Excesso de responsabilidades / Sobrecarga nos cuidados aos moradores das RT;
- Cansaço extremo;
- Hierarquização das relações de trabalho;
- Solidão profissional;
- Falta de apoio;
- Ausência de espaços de acolhimento e troca sobre a perda e o luto¹³⁹;
- Falta de acolhimento;
- Ter que dar conta de tudo;
- Ausência de suporte clínico geral¹⁴⁰;
- Plantão noturno somente com uma cuidadora;
- Falta de RH.

¹³⁹ O que é diferente de espaço para prestação de contas.

¹⁴⁰ Relativos ao corpo, saúde, adoecimento.

Sobre os aparatos institucionais que funcionam como pontos fortes ao desenvolvimento do trabalho em toda a sua potencialidade:

- Necessidade de convocar a rede de cuidados dos moradores para compartilhar a grande responsabilidade que é cuidar em liberdade;
- Necessidade de afastamento físico do profissional mais vinculado ao morador perdido;
- Espaços institucionais¹⁴¹ destinados à elaboração do luto no contexto dos SRT;
- Curso de primeiros socorros;
- Supervisão clínica/técnica de enfermagem relacionadas às demandas clínicas nos SRT;
- Supervisão com a supervisora do CAPS à equipe de segmento, para discussão e elaboração de situações difíceis, como no caso de perda e luto;
- Duas cuidadoras noturnas em cada RT por plantão;
- Acolhimento da equipe assistencial do CAPS, ajudando a pensar;
- Reunião de equipe (geral do CAPS ou da equipe de segmento) como um espaço possível para se falar tudo aquilo que se sente com a perda do morador;
- Acolhimento e disponibilidade do colega de equipe quando da vivência de situações graves;
- Compreensão, acolhimento e flexibilidade quanto aos limites profissionais e também pessoais que caracterizam a existência humana;

¹⁴¹ O que não elimina, quando necessário, a constituição de espaço individual de terapia/análise. Espaço este mencionado e valorizado pelos participantes inclusive no trato destas questões.

- Constituir-se e ser reconhecida como equipe do CAPS¹⁴²;
- Demanda proporcional a capacidade do quantitativo de RH da equipe de segmento e da RAPS como um todo;
- Relações horizontalizadas de trabalho.

Pois o que o nosso trabalho nos proporciona é isso, aprendizado. Não importa o tempo e nem a nossa experiência, os nossos moradores nos ensinam novas experiências todos os dias (Ana, N.E.).

¹⁴² Nos referimos a equipe de segmento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, chego à reta final de minhas reflexões nesta dissertação e, muito embora nada tenha sido hermeticamente fechado, algumas questões foram lançadas e alguns resultados colhidos, qual nosso intuito, conferir visibilidade e reconhecimento ao luto dos profissionais dos SRT em seu ofício de cuidar.

Neste percurso, empreendi uma trajetória iniciada com a proposta metodológica que, posso dizer, me acompanhou não só na fase de pesquisa propriamente dita, mas no decorrer de todo o trabalho de escrita. Funcionou como um alicerce sobre o qual fui costurando o embasamento teórico conjuntamente às narrativas dos participantes e minhas próprias narrativas sobre a perda e o luto no contexto dos SRT. Considero esta prerrogativa presente na metodologia autoetnográfica, fundamental neste itinerário, qual seja, essa possibilidade que o pesquisador/autor tem de incorporar-se ao trabalho de pesquisa e lidar com os próprios componentes narrativos que por ventura o atravessam, sem com isso suprimir ou camuflar as narrativas dos sujeitos em questão. O que parece simples, mas em verdade não é, pois requer a reflexão constante sobre o que, o quanto, como e quando dizer, resguardando, sobretudo, o componente ético.

Pressuponho que este processo de interlocução com as narrativas orais e escritas dos participantes e com minhas próprias narrativas, que foram sendo contadas e recontadas neste transcurso, foi essencial à constituição do presente estudo, conferindo solidez ao mesmo. Presumo tratar-se de uma travessia, antes de tudo de meu próprio luto em relação aos SRT, pois, algum tempo após a realização das oficinas coletivas para a construção das narrativas, desliguei-me da função de assessora técnica das Residências Terapêuticas da SSM/SMS.

Nesta minha trajetória de perda e luto, iniciada bem antes - ainda como luto antecipatório - pude revisitar alguns de meus lutos privados (os quais narro no decorrer dos capítulos) a fim de fazer frente ao processo de luto em curso na esfera profissional, buscando os recursos de enfrentamento disponíveis e aqueles dos quais já lancei mão em outras e diferentes situações. Compartilhar o meu processo de luto aqui, publicamente, é de alguma forma, a maneira mais fidedigna que encontrei de ser coerente com aquilo que vimos

desenvolvendo no decorrer desta escrita, o reconhecimento através da legitimação do luto dos profissionais em SRT, ainda que sob outra perspectiva.

Adentrar esse processo de luto me permitiu acessar com maior plenitude e clareza a necessidade que temos de nos afastar, no âmbito laborativo, daquilo que tanto amamos quando o desgaste suplantou ou está a suplantar nossos próprios limites, e nos sentimos extenuados, já evidenciando a natureza do luto em curso, ou de outro modo o adoecimento. O que nos aponta a necessidade de atentar para a Presença, Implicação e Reserva (Figueiredo, 2008) inerentes ao manejo clínico, o que parece inusitado em se tratando de um trabalho na gestão técnica, mas que, para mim, evidencia e demarca mais uma vez a inseparabilidade entre clínica e gestão.

Com esta narrativa, pretendo dizer que o trabalho junto aos dispositivos residenciais me é muito caro e que trabalhar por dez anos com eles me permitiu uma abertura imensa para as diferenças e as diferentes formas de habitar uma casa e a cidade. Durante a trajetória de pesquisa, através das rodas de conversa e posterior exercício de escrita - especialmente ao trabalhar as narrativas dos profissionais participantes - pude confirmar algumas de minhas impressões e rever outras tantas. Destacou-se para mim a complexidade e a imprevisibilidade dos acontecimentos no trabalho desenvolvido nos SRT, sobretudo a premência de criação de espaços onde possam emergir as narrativas de perda e luto e conseqüentemente sua elaboração. O que já se enunciou na própria disponibilidade e participação ativa dos profissionais durante cada um dos encontros, que teve aproximadamente 3h de duração cada um.

Alicerçada em todo o trabalho de pesquisa desenvolvido durante este percurso construí como produto técnico um material didático intitulado *Orientações sobre Luto* destinado aos profissionais em SRT, de consulta rápida e acessível. Meu objetivo com esta produção é, além de validar e conferir visibilidade ao luto desses profissionais, de fato criar um instrumento em que possam encontrar referências teóricas àquilo que experimentam em sua prática de cuidados nestes dispositivos, reconhecendo eles próprios a importância do seu processo de luto. Considero que este livreto resulta, portanto, da disponibilidade dos nove profissionais participantes desta pesquisa em compartilhar o trabalho de luto empreendido por eles.

Da mesma forma, elaborei a versão preliminar de um Manual Operativo sobre *como enfrentar o Luto nos SRT* para profissionais e gestores em Atenção Psicossocial, pautando-me nas sugestões dos participantes para lidar com as perdas e o luto nos SRT, presentes em suas

narrativas. Conforme pudemos distinguir, as condições de proteção ao luto nos SRT envolvem uma série de fatores que variam em grau de complexidade e alcance, envolvendo em seu bojo afetos, saberes e poderes, inclusive inerentes à garantia de uma série de condições prementes ao trabalho em saúde. De minha parte, não tenho qualquer ilusão de que a garantia desses direitos mínimos se estabeleça com brevidade¹⁴³, principalmente àqueles que envolvem o plano macro político, ainda mais diante dos retrocessos que vimos acompanhando em nível nacional, a começar pelo próprio congelamento de recursos para a saúde por vinte anos¹⁴⁴, o que torna difícil, senão impossível, longitudinalmente, manter-se àquilo que se tem, quanto mais ampliar e melhorar a qualidade. No entanto, nós, profissionais em saúde, não podemos nos deixar tomar pela impotência e paralisção, tonando-se mister investir em ações micro políticas ao nosso alcance.

De mais a mais, na expectativa de conferir visibilidade ao luto dos profissionais nos SRT, e, especialmente suscitar para a premência de espaços coletivos de troca e compartilhamento sobre as questões inerentes ao luto do profissional, criamos¹⁴⁵ uma fresta acerca desta temática, onde antes sequer se lançava luz. Creditamos que estes elementos estejam ao alcance não só dos que participaram desta pesquisa, mas dos CAPS e da gestão técnica da SSM.

Neste sentido, e sem me desviar do escopo deste trabalho, já empreendemos enorme avanço ao oportunizar a discussão, reflexão e ressignificação do papel do luto no âmbito pessoal e coletivo de trabalho junto aos SRT, permitindo a construção de conhecimento acerca da temática do LUTO dos PROFISSIONAIS, qual era nossa meta.

¹⁴³ E além disso, não bastam os recursos financeiros e administrativos, é necessário também que haja vontade política.

¹⁴⁴ Em 15 de dezembro de 2016, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC 55/2016) foi promulgada no Congresso Nacional e passou integrar o ordenamento jurídico como a Emenda Constitucional nº 95.

¹⁴⁵ Utilizo o plural neste e no parágrafo anterior, pois esta fresta criada é consequência da minha disposição somada à disponibilidade dos participantes em compartilhar narrativas tão pungentes.

REFERÊNCIAS

ADANS, TE, BOCHNER, AP. ELLIS, C. AUTOETHNOGRAPHY: AN OVERVIEW. **Revista Astrolábio: Nueva Época**, Córdoba: Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), n.14, p. 249-273, 2015.

ADANS, TE, ELLIS, C., Jones, S.H. **Understanding Qualitative Research**. New York, NY: Oxford University Press, 2015.

ALEKSIÉVITCH, S. **A Guerra não tem rosto de mulher**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016 [2013].

ALEKSIÉVITCH, S. **As últimas testemunhas: Crianças Na segunda Guerra Mundial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018 [2013].

ALEKSIÉVITCH, S. **Vozes de Tchernóbil: a história oral do desastre nuclear**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016 [2013].

ALENCAR, S., BERTA, S.L., CARIGNATO, T.T., ROSA, M.D. A condição errante do desejo: os imigrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**, São Paulo, vol. 2, n. 3, p.497-511, 2009.

ALVES, T.M. **Formação de Indicadores para a psicopatologia do luto**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: FMUSP, 2014.

AMORIM, C. A. Elisabeth Kubler Ross: uma vida para una buena morte. **Psicologia em Estudo**, vol. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722000000100010>>. Acesso em: jan. 2020.

ANN, WNK, FÉ, HC, HERNANDEZ, C. **Collaborative autoethnography**. New York: Left Coast Press, 2013.

ARIÉS, P. **O Homem Diante da Morte. Vol. I**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1981 [1977].

_____. **O Homem Diante da Morte. Vol. II**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990 [1977].

ATTIG, T. Disenfranchised Grief Revisited Dicounting Hope and Love. **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 49, p. 197-215, 2004. Disponível em: <<https://sites.ualberta.ca/~jenny/PDFs/14022506.pdf> >. Acesso em: jan. 2020.

BAILE, W.F., BUCKMAN, R., LENZI, R., GLOBER, G., BEALE, E.A., KUDELKA, A.P. SPIKES. Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. **The Oncologist**. v. 5, p. 302-311, 2000. Disponível em:

<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/01/The-Oncologist-2000-Baile-302-11.pdf>>. Acesso em: jan. 2020.

BARBOSA, A. (coordenador). **Olhares Sobre o Luto**. Lisboa: Núcleo Acadêmico de Estudos e Intervenções Sobre Luto. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2013.

_____, Pensar na Morte nos Cuidados em Saúde. **Análise Social**. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. vol.38, n.166, 2003. Disponível em; <<https://www.jstor.org/stable/i40045748>>. Acesso em: nov. 2019.

_____, COELHO, A. (editores). **Mediadores do Luto**. Lisboa: Núcleo Acadêmico de Estudos e Intervenções Sobre Luto. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2014.

BARROS, R. B. (org.) Dispositivos em ação: o grupo. **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo: HUCITEC, 1997, p.183-191.

BAUMAN, Z. **A Ética é possível num mundo de consumidores?** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

_____. **Confiança e Medo na Cidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005

_____. **Tempos Líquidos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BERTOLLI, P., SILVERIO, R. **Prevenção de suicídio com adolescentes e jovens na perspectiva da teoria do apego**. 2018. Monografia (Curso de Aprimoramento em Intervenções Psicológicas Fundamentadas na Teoria do Apego: Prevenção e Tratamento de Dinâmicas Vinculares). Instituto 4Estações. São Paulo, 2018.

BOWLBY, J. **Apego e perda, Vol 1. Apego: a natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1990 [1969].

_____. **Apego e perda, Vol 3. Perda: Tristeza e Depressão**. São Paulo: Martins Fontes, 2004 [1985].

_____. **Uma Base Segura – aplicações clínicas da Teoria do Apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1988].

_____. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2006 [1979].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF, 2004 (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Legislação em Saúde Mental: 1900-2004**. Brasília, DF, 2004.

_____. Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Legislação em Saúde Mental: 1900-2004**. Brasília, DF, 2004.

_____. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. **Relatório de Gestão 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. **Relatório de Gestão 2018**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2018.pdf>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília. DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. **Nota Informativa do PVC de Junho 2016**. Brasília. DF, 2016. <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/24/Nota-Informativa-PVC.pdf>>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. Movimento da Luta Antimanicomial. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Brasília. DF, 2018. Publicado: Quinta, 17 de Maio de 2018, 18h10. Última atualização em Quinta, 17 de Maio de 2018, 18h28. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2721-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial-2>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Brasília. DF, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em: Jan.2020.

BROMBERG, M.H.P.F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. São Paulo: Editorial Psyu II, 1994.

BRUM, E. **Meus desacontencimentos: a história da minha vida com as palavras**. São Paulo: LeYa, 2014.

CADEI, M., CARVALHO, E., CURY, J., LOBATO, P., MIRA, K., SILVERIO, R.C.F. O entrelaçar da teia de cuidados: Experiências da equipe de um Serviço Residencial Terapêutico de base territorial. **Revista de Acompanhamento Terapêutico Atravessar**. n. 4. São Paulo: 2014.

CASARINI, F.G., BAUMGARTNER, M.C.D.S. **Perdas Compartilhadas**. São Paulo: Com-Arte Editora Laboratório, 2014.

CASELLATO, G. (org.) **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade**. São Paulo: Polo Books, 2015a.

CASELLATO, G. (org.) **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**. São Paulo: summus editorial, 2015b.

CHANG FÉ, H., NGUNJIRI, F.W., HERNANDEZ, K.A.C. **Collaborative Autoethnography**. Universidade de Utah: Left Coast Press, 2013.

CHARON, R. **O Corpo Que Se Conta: por que a medicina e as histórias precisam uma da outra**. Ohio: Letra e Voz, 2015.

_____, *et al.* **Os princípios e a prática da medicina narrativa.** New York: Oxford University Press, 2017.

_____. **Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness.** New York: Oxford University Press, 2006.

_____. At the Membranes of Care: Stories in Narrative Medicine. **National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information.** v. 87. n. 3. 2012. DOI: 10.1097. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22373630/>. Acesso em: Mar.de 2020.

_____. What to do with stories. The sciences of narrative medicine. **Canadian Family Physician. Le Médecin de famille canadien.** v. 53. 2007.

_____. Narrative Medicine: A Model For Empathy, Reflection, Profession, and Trust. **Jama Network: The Journal of the American Medical Association.** v.286. n.15. 2007. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194300>. Acesso em: Mar.de 2020.

CLAUDININ, D.J., CONNELLY. **Pesquisa Narrativa: Experiência e História em Pesquisa Qualitativa.** Uberlândia: EDUFU, 2000.

COELHO Jr., N., FIGUEIREDO, L.C. **Ética e Técnica em Psicanálise.** São Paulo: Escuta, 2008.

CORLESS, I., GERMINO, B.B., PITTMAN, M.A. **Dying, Death, Bereavement. A Challenge for Living.** New York: Springer Paperback, 2003 (2nd Edition).

CYRULNIK, B. **Cuando um niño se da muerte.** Coleção psicologia Social. Resiliência. Barcelona: Editorial Gedisa, 2014.

DALLOS, R. e VETERE, A. **Apego y terapia narrativa: Um modelo integrador.** Madrid: Ediciones Morata, 2012.

DELGADO, P.G.G. **Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

DELGADO, P.G.G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e saúde.** v.17 n.2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: Jan.de 2020.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

DIDION, J. **O Ano do Pensamento Mágico.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006 [2005].

DOKA, K.J. **Encyclopedia of Death and the Human Experience - Disenfranchised Grief**, 2009 [1989].

DOLTO, F. **Falar da Morte**, 1985 (Tradução livre de LUGARINHO, C. A., 2003).

DORI, L. Bearing witness or the vicissitudes of listening. *In: Testimony: Crises of testimony in literature, psychoanalysis and history*. New York: Routledge, 2013 [1991].

ELIAS, N. **A Solidão dos Moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001 [1982].

ELLIS, C. Rawicki, J. **Collaborative Witnessing Casellato of Survival During the Holocaust: An Exemplar of Relational Autoethnography**. Florida: SAGE, 2013.

_____. **Final negotiations: a story of love, loss, and chronic illness**. Philadelphia: Temple University Press, 1995.

FEIFEL, H. **Encyclopedia of Death and Dying**. Disponível em: <http://www.deathreference.com/En-Gh/Feifel-Herman.html>>. Acesso em: 12/01/2020.

FIGUEIREDO, L.C., Jr. COELHO, N. **Ética e Técnica em Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FRANCO, M.H.P. (org.). **Formação e Rompimento de Vínculos: O dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Summus Editorial, 2010.

_____. **Luto como experiência vital**. São Paulo: 4Estações Instituto de Psicologia.

_____, POLIDO, K.K. **Atendimento Psicoterapêutico no Luto**. Série Prática Clínica. São Paulo: Zagadoni Editora, 2014.

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

_____. **Totem e Tabu. Algumas concordâncias entre a vida psíquica dos homens primitivos e dos neuróticos**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1912-1913.

JOHNSON, M.S. Attachment Theory a Guide for Couple Therapy in: **Attachment Theory in Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families**. New York, London: The Guilford Press, 2018.

LUBB, Border **CAT, Crossing: (Auto)Ethnography that Transcends Immigration/Imaginationt**. Blacksburg: 2012.

GATES, L. GEIST_MARTIN, P. HOUSTON, R. KIRBY, E. LILLY, A. MORENO, J. WIERING, L. Exemplifying Collaborative Autoethnographic Practice via Shared Stories

of Mothering. **Journal of Research Practice**, v. 6, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/49611626_Exemplifying_Collaborative_Autoethnographic_Practice_via_Shared_Stories_of_Mothering.

GODOY, G. **O Mito de Quiron – O Curador Ferido**. Disponível em: <http://www.gilbertogodoy.com.br/ler-post/o-mito-de-quiron--o-curador-ferido>>. Acesso em 31/10/2019.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo / SP: Perspectiva, 2007 [1961].

GUARISCHI, A. William Osler: medicina e humanismo. **Blog da Comissão de Humanidades Médicas do CFM**. Disponível em: <http://humanos.cfm.org.br/2019/06/26/william-osler-medicina-e-humanismo/>>. Acesso em janeiro de 2020.

HALIFAX, J. **Presente no Morrer: Cultivando compaixão e destemor na presença da morte**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2018.

JESUS, M.C. **Quarto de Despejo – Diário de uma favelada**. São Paulo: Ática, 2014 [1960].

KILOMBA, G. **Memórias da Plantação – Episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KOVÁCS, M.J. Notícia: Wilma da Costa Torres (1934-2004): pioneira da tanatologia no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.20 n.1, Brasília, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000100015>>. Acesso em: Jan.de 2020.

KOVÁCS, M.J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia (Ribeirão Preto)**. v.18. n.41. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>>. Acesso em: Jan. de 2020.

KOVÁCS, M.J. Educação para a Morte. **Psicologia Ciência e Profissão**. v.25 n.3, Brasília, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932005000300012>>. Acesso em: Jan. de 2020.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2005 [1969].

LINDEMANN, E. **Crisis Intervention**. Northvale, New Jersey, London: JASON ARONSON INC, 1995 [1979].

_____. Symptomatology and Management of Acute Grief. **The American Journal of Psychiatry**. v.151, n.6. p. 155–160. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.155>>. Acesso em: Jan. de 2020.

LIRA, M. Curso de Formação em Tanatologia Geral à Distância. Apresentação do Módulo Tanatologia Geral. **Rede Nacional de Tanatologia (RNT)**, 2009.

MACEDO, J.C.G.M. **Elisabeth Kubler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte**. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação para a Saúde). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Portugal, 2004.

MACIEL, P.A. **A história de vida como estratégia metodológica na pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Edição do autor, 2018.

MANNONI, M. **O nomeável e o Inominável: A última palavra da vida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995 [1991].

MARTINS, R., SOUZA, E.C., TOURINHO, I. (org). **Pesquisa Narrativa: Interfaces entre histórias de vida, arte e educação**. Santa Maria: UFSM, 2017.

MAZORRA, L. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

MENDONÇA FILHO, M., NOBRE, M.T. **Política e Afetividade – narrativas e trajetórias de pesquisa**. Salvador: EDUFBA; São Cristóvão: EDUFES, 2009.

MELO, R. **Processo de Luto - o inevitável percurso face à inevitabilidade da morte**. 2004. Disponível em: <<https://www.integra.pt/textos/luto.pdf>>. Acesso em: Jan.de 2020.

MELO, T.C.L, SILVA, C.L.N. Quem de novo não morre, de velho não escapa: uma pesquisa bibliográfica acerca das publicações em Tanatologia no período de 2012 a 2017 no Brasil. **Cadernos de Graduação Ciências Humanas e Sociais**. v. 4, n.3, Alagoas, 2018.

MIRANDA, H.C. Foucault e Goffman: em torno de instituições e poderes. *Sapere Aude*. v. 8, n. 16, p. 381-394, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5752/P.2177-6342.2017v8n16p381>>. Acesso em: Jan.de 2020.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

MORINA, A. **Investigar com Histórias de Vida: Metodologia biográfico-narrativa**. Madrid, Espanha: NARCEA, S.A. DE EDICIONES, 2017.

MONTAIGNE, M. **Ensaio**. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

MONTERO, R. **A ridícula ideia de nunca mais te ver**. São Paulo: Todavia, 2013.

MUYILAERT, C.J. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V.48. n.2. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>. Acesso em Jan.de 2020.

NEIMEYER, R.A. Reconstruindo os significado do Luto: Resumo de um Programa de Pesquisa. **Estudos de Psicologia (Campinas)**. V.28. n.4. 2011.

_____, HOLLAND, J.M., CURRIER, M. Meaning reconstruction in the first two year of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 53. n. 3. p. 175-191, 2006.

ONOCKO, R. A Gestão: Espaço de Intervenção, Análise e Especificidades Técnicas. *In*: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

PARKES, C. **Amor e Perda – as raízes do luto e suas complicações**. São Paulo: Summus editorial, 2009 [1985].

_____. **Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus editorial, 1998.

_____. **Psiquiatra inglês analisa o luto e vê o amor**. São Paulo, 2005. Entrevista concedida a Fabiane Leite na Folha de São Paulo: Cotidiano em 01 de maio de 2005.

PASSOS e BARROS, 2009 apud Gomes e Merhy, **Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014, p. 29-30.

POSSANO, T. Movimento e Acontecimento. **Cadernos Habitat: Contornos do Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Dobra Universitário, 2012.

PRIGERSON, H.G. et al. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. **Psychiatry Research**. V. 59. p. 65-79, 1985. DOI: [10.1016 / 0165-1781 \(95\) 02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/14432009_Inventory_of_Complicated_Grief_A_scale_to_measure_maladaptive_symptoms_of_loss. Acesso em; Jan.de 2020.

REDE NACIONAL DE TANATOLOGIA. Curso de Formação em Tanatologia. Apostila de Textos. **Tanatologia Geral**. Disponível em: www.redenacionaldetanatologia.psc.br. Acesso em: janeiro de 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Superintendência de Saúde Mental (SSM). **Boletim da Saúde Mental n ° 1 – Do manicômio para a cidade**. 2018. Disponível em: <http://prefeitura.rio/documents/73801/ad6a6c41-8b70-4775-b5c3-999c359e5f24>. Acesso em agosto/2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Superintendência de Saúde Mental (SSM). **Portal da Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde/ Ações em Saúde/ Saúde Mental**. 2018. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-mental>. Acesso em agosto/2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. Superintendência de Saúde Mental. **As Residências Terapêuticas no Município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida.** 2014 (Série E. Comunicação e educação em Saúde).

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. Superintendência de Saúde Mental. Superintendência de Saúde Mental. **Documentos da Superintendência de Saúde Mental.** Rio de Janeiro, 2016 a 2018.

ROSS, E.K. **Sobre a Morte e o Morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SANCHO, M.G. **Cómo dar malas notícias en medicina.** México: Editorial El Manual Moderno, 2019.

SANCHO, M.G. **El duelo y el luto.** México: Editorial El Manual Moderno, 2018.

SANTOS, S.M.A. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP.** v.24. n.1, p.214-241, 2017.

SAUNDERS, C. **Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach.** London: Edward Arnold, 1991.

SILVERIO, R.C.F. A complexidade da comunicação de más notícias. *In:* Escudeiro, A. (org.) **Tanatologia: Temas Impertinentes.** Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2011.

SILVERIO, R.C.F. O luto dos profissionais de saúde que ousam compartilhar seus afetos. *In:* Ministério da Saúde, INCA, Albert Einstein. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde.** Rio de Janeiro: INCA, 2010.

SOARES, L.M.L. **Serviços residenciais terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE (1988). Psychoanalysis and the Future¹⁴⁶. (Tradução de Paulo César Souza). **Journal of Psychology.** 1957 (1ª publicação disponível).

STROEBE, M.S., STROEBE, W., HANSSON, R.O. **Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention.** United Kingdom: UNIVERSITY OF CAMBRIDGE, 1993.

STROEBE, M.S., SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. . **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals.** v. 61. n. 4. p. 273-

¹⁴⁶ Entrevista de Freud concedida ao jornalista George Sylvester Viereck, 1926, a qual acreditavam haver se perdido, pois não foi encontrada a publicação.

289, 2010 [1999]. DOI: [10.2190 / OM.61.4.b](https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/47716739_The_Dual_Process_Model_of_Coping_with_Bereavement_A_Decade_on>. Acesso em: Jan.de 2020.

_____. Overload: A Missing Link in the Dual Process Model. **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 61. p. 371-380, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0030222816666540>>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. The dual process model of coping with bereavement: Overview and update. **Psychiatry Research**. V. 23. N. 3. p. 197-224, 1999. DOI: [10.1080 / 074811899201046](https://doi.org/10.1080/074811899201046). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12470676_The_dual_process_model_of_coping_with_bereavement_Overview_and_update. Acesso em: Jan.de 2020.

_____. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. **National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information**. v. 61. n. 4. P.276-289. 2010. DOI: [10.2190 / OM.61.4.b](https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b). Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21058610/>>. Acesso em: Jan.de 2020.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. vol.9 n.1. 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>>. Acesso em: Jan.de 2020.

TILMANN, LM. Friendship as Method. Rollins College Rollins Scholarship Online Faculty Publications. p. 287-319. 2015. Disponível em: <https://scholarship.rollins.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1217&context=as_facpub>. Acesso em: Jan.de 2020.

TOCHMAN, W.L. **Hoje vamos desenhar a morte**. Veneza: Editora Ayiné, 2019.

VENTURINI, E. **A linha curva – o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1988 [1987].

_____. **Textos Selecionados da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1978.

WOO, E. **Herman Feifel, 87; Pioneer in Study of Death**. Los Angeles Times: 2003.

WORDEN.J.W. **Terapia do Luto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ANEXOS

ANEXO A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: O Luto dos Profissionais nos Serviços Residenciais Terapêuticos: Do Veto ao Reconhecimento.

Instituições responsáveis pela pesquisa: Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ e Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro / SMS.

Pesquisadora: Rita de Cássia Ferreira Silverio – Psicóloga, Assessora Técnica dos Serviços Residenciais Terapêuticos do Município do Rio de Janeiro, aluna do Mestrado em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ. Telefone de contato: (21) 98124.0745.

Contato do comitê de ética em pesquisa do IPUB/UFRJ – Av. Venceslau Brás, 71 –fundos-Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. Tel: (21) **3938-5510**

Convidamos você a participar voluntariamente de um estudo cuja finalidade é conhecer e analisar as repercussões da morte dos moradores - nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) do Município do Rio de Janeiro - sob os profissionais que nele atuam.

Pretendemos que as informações obtidas neste estudo possam ser úteis para:

- Tornar visível e legítima o luto experimentado pelos profissionais;
- Qualificar o saber sobre essa experiência, ou seja, o luto profissional;
- Contribuir na construção de espaços coletivos de troca sobre as questões referentes ao luto do profissional, que costumam ser vividas solitariamente.

Para que este estudo se concretize e possa trazer os benefícios acima citados, para você e para os demais profissionais em SRT, vamos solicitar que você participe de alguns encontros para entrevistas em grupo com outros profissionais e de entrevistas individuais sobre a sua experiência pessoal acerca da perda de moradores que vivem nestas residências.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas apenas pela pesquisadora do projeto, assim como poderá ser solicitado o relato por escrito pelo próprio participante. O material transcrito será submetido ao entrevistado para que realize os ajustes que julgar necessários.

Os encontros acontecerão em local nas proximidades do trabalho da(o) participante. E caso seja necessário realizar algum encontro fora dos dias de consulta, a pesquisadora se compromete a ressarcir os custos com passagem e alimentação.

O material das entrevistas ficará sob a guarda da pesquisadora e será armazenado em local seguro, sendo usado apenas para fins de pesquisa. As informações fornecidas serão analisadas junto com as de outros entrevistados nesta pesquisa, sempre garantindo o sigilo e anonimato de todos os participantes, conforme as normas éticas da Resolução 466 de 2012.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto e a qualquer momento que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada nos Comitês de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e uma terceira será fornecida a você.

Alertamos quanto ao risco de desconforto emocional durante o processo de entrevistas, e para reduzir o risco, estas serão realizadas, unicamente pela pesquisadora Rita de Cássia Ferreira Silverio. A pesquisadora se compromete a estar disponível para prestar assistência e apoio focais, caso seja necessário.

Sua participação neste estudo não acarretará em quaisquer custos para você e não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Eu, _____, brasileira(o), CPF/Identidade n.

_____ declaro ter sido informada(o) dos objetivos da pesquisa a qual serei incluída, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar

Declaro que concordo em participar dessa pesquisa.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Este documento foi assinado em três vias de igual teor.

Assinatura do Participante	Data
----------------------------	------

Confirmo ter dado todas as explicações ao (à) participante sobre os objetivos, o tipo e os riscos inerentes ao estudo.

Assinatura da Pesquisadora	Data
----------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------

ANEXO B

NARRATIVAS DE PERDA E LUTO PROFISSIONAL

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

A Mercantilização da Morte - Álvaro

A primeira vez que me deparei com a morte tão de perto foi através do trabalho. Até então nunca tinha ido a um sepultamento e nem tinha perdido um familiar que fosse tão próximo. Vivenciar essa experiência como acompanhante terapêutico no segmento do CAPS teve um grande impacto em minha vida.

Quando o falecimento de um morador de Residência Terapêutica ocorre, existe um trabalho enorme até o sepultamento. Um trabalho de fala, tendo que transmitir em diversos espaços o que tinha acontecido, como aconteceu, porque aconteceu. Esse relatório sobre um ocorrido tão importante é uma responsabilidade do profissional da saúde, essa investigação clínica do ocorrido é imprescindível. Contudo nem sempre é acompanhado de um espaço acolhedor que esse momento também pede.

Apesar de ter vivenciado algumas experiências de acompanhar todo esse processo até o sepultamento, como por exemplo, contato com funerária, que em muitas situações me via em um negócio, tendo que pechinchar para o dinheiro que o morador tinha deixado desse conta de um sepultamento digno. Por algum motivo eu tenho dificuldade de lembrar os caminhos e tramites que precisamos seguir quando se tem um óbito. São experiências tão desagradáveis que por algum motivo parece que recalco e todas as vezes que acontece um óbito e preciso tomar a frente nesse acompanhamento eu me sinto perdido nessas situações. Tendo que a cada vez ir redescobrando os caminhos.

Lidar com esses serviços que “trabalham” com a morte de maneira cotidiana foi um espanto também. A naturalidade que os profissionais de um necrotério lidam com esse tipo de acontecimento também não vou esquecer, principalmente por ficar muito revoltado na ocasião. Existe uma falta de preparo desses profissionais receberem alguém que acabou de perder seja um familiar ou ente querido. Além da falta de preparo existe outra intenção maior que não é de oferecer acolhimento e sim um certo mercado de oferecer uma funerária parceira... Isso tudo de dentro do hospital em um momento tão pesado que é o reconhecimento da pessoa falecida.

Acredito que seja um desafio pensar em espaços destinados à elaboração do luto em serviços como as Residências Terapêuticas, devido as grandes demandas e trabalhos que a equipe precisa garantir mesmo depois do óbito.

Silêncio que Lembrava a Morte - Miriam

Compartilho que para mim, de todos os falecimentos que vi no tempo de trabalho até hoje nas RT do CAPS, o falecimento de uma moradora jovem foi o que mais me afetou. Não só pela forma trágica como aconteceu, mas pelo vínculo que existia neste acompanhamento.

Ângela faleceu em casa engasgada com um pedaço de carne em um momento bacana de convivência com as outras moradoras da casa. Foi algo que ninguém podia imaginar, sem nenhum anúncio.

A cuidadora estava na RT e me ligou dizendo que achava que a Ângela estava morta. Lembro no que pensei ao receber esta notícia: “não é possível”. Corri para a RT. Foi desesperador ver o pranto das cuidadoras, o desnoriteio aparente das outras moradoras e o choque ao me deparar com o corpo de Ângela já sem vida, no corredor da casa.

Se em vida tivemos muitas possibilidades de trabalho com ela, não há o que se fazer diante da morte. E essa realidade é muito dura. Ao mesmo tempo é impressionante como senti algo “inteiro” em mim, pois precisei estar naquele momento e cuidar das cuidadoras e moradoras, ligar para as pessoas da equipe, para a família, ir na delegacia, esperar a defesa civil. É inexplicável a possibilidade subjetiva de realizar essas ações diante da tristeza e do choque da morte.

A sensação foi que meu luto aconteceu aos poucos. Eu sentia uma grande tristeza e lamentação quando chegava na casa e Ângela não mais abria a porta – ela abria na maioria das vezes – e não mais o rádio ou a televisão estavam ligados com o som alto – Ângela dizia que ajudava com as vozes que ouvia. Do contrário, havia um silêncio, mas um silêncio que lembrava a morte da Ângela, aquela morte, daquele jeito trágico.

Sobre o luto dos profissionais, hoje eu penso que seria importante um afastamento físico do trabalho depois da morte de um morador que o profissional acompanhou tão de perto. Já que se trata de um trabalho onde as demandas são infinitas, corremos o risco de atropelar um momento de luto com outras ocupações.

A melhor fase de Ângela - Shiva

Quando Ângela faleceu por um engasgo com carne, no meu plantão, caindo entre o vaso sanitário e o box, foi o maior susto que tomei na vida. Quando escutei o barulho, sai correndo da cozinha para a sala, vi os pés dela pelo corredor e dei um grito chamando-a pelo nome. Quando cheguei no banheiro, comecei a gritar para a cuidadora Bete, dizendo que ela estava morta, que ela tinha infartado, pois ela estava muito roxa.

A Bete tentando me acalmar e tentando socorrê-la, eu já chorando, muito nervosa, tentando junto com a Bete tirá-la do banheiro, mas ela era muito pesada, então pedi para outra moradora da RT chamar o zelador para tentarmos tirá-la do banheiro.

Começamos a fazer massagem cardíaca e começou a sair um líquido da boca dela, então, vimos que ela tinha se engasgado. Os dentes estavam trancados, eu chorando muito e tentando apertar o estômago para ver se ela colocava para fora, só que não conseguimos.

Fiquei em pânico, mas ao mesmo tempo, tentando mostrar para as meninas, que se trancaram no quarto, que ela estava passando mal e que a ambulância já estava chegando para socorrê-la, até acompanhante terapêutica chegar para me ajudar a dar a notícia, que não foi fácil, estava com o meu coração apertado e tentando não chorar perto das outras moradoras.

Ângela estava na melhor fase de sua vida, fazendo hidro, indo ao CAPS. Fui ao enterro e lá estava o pai (e a madrasta) que ela implorava muito para ver. Tive um sentimento ruim para com ele, eu achava que ele era muito debilitado e não vi isso nele apesar da idade. A Ângela queria muito vê-lo e ele não aceitava a visita dela, a mesma sempre telefonava para ele.

Ângela faleceu em um sábado, na segunda feira outra moradora caiu da escada e quebrou o braço, muito triste coma morte da Ângela. Com dois dias da morte da Ângela tive que cuidar da outra moradora, fiquei com muito medo de perder mais uma, não foi fácil cuidar dela com a morte de Ângela, sorte que a ela é muito divertida e sempre saía com umas palavras alegres e descontraídas.

Foi muito difícil cuidar dela, pois ela é muito forte¹⁴⁷ e o gesso não parava no braço, então foram três tentativas de gesso, então o médico resolveu operá-la, o luto da Ângela foi ficando para trás e o medo de perder esta moradora foi ficando maior que a dor, ai viera as preocupações, veio o medo de algo acontecer com ela, o medo de como ela ia reagir com a notícia de ter que operar.

¹⁴⁷ No sentido de pesada

Quando estava na casa pensando na Ângela, pensando que eu não fiz o que eu poderia ter feito por ela ou com ela, no que eu não fiz para socorrê-la, o que preciso aprender para que não venha a óbito uma pessoa com o mesmo caso, ai me batia uma tristeza, mas não durava muito, pois vinha a essa moradora com o gesso solto e lá ia eu para o Salgado Filho, para colocar outro, depois de uma semana o médico resolveu operá-la, ai no lugar do luto veio a preocupação. Em um intervalo dos acontecimentos eu pensava na Ângela.

Minha ficha foi caindo quando tive que desfazer das coisas dela porque uma terceira moradora da RT queria passar para o quarto dela. Foi muito difícil, achava que eu não ia aguentar.

Solidão em Equipe - Carla

Foi perguntado qual o meu sentimento em relação aos óbitos nas RT. Gostaria de relatar que o que mais me marcou além da tristeza foi o fato de estar sozinha nesse momento. Passei por três óbitos e todos para mim foram muito solitários.

O primeiro óbito foi da Jéssica, na época eu era plantonista noturna, mas estava em outro plantão, o meu plantão foi depois do óbito. Fui informada do óbito. Estava em casa à tarde, achei de uma maneira muito ruim, me ligaram não lembro quem, mas foi um at, e foi assim: olha a Jéssica faleceu na RT tá. Disseram como foi e lembro que cheguei na RT muito triste de saber a forma como ela morreu na própria casa, não tenho medo mas confesso que fiquei bem assombrada. Lembro que fiquei a noite toda sentada no sofá da sala olhando para o quarto muito assustada, e, não recebi nenhum telefonema.

Logo depois foi Filomena, um pouco diferente porque ela já estava doente, mais também fiquei muito triste e da mesma forma sem nenhum apoio, conversa, nada.

E por fim Rose, essa sim para mim foi pior de todas as outras. Como era noturna tinha feito três plantões sexta, sábado e domingo. Na sexta quando cheguei achei Rose bem mal, perguntei se tinha ido ao médico e falaram que sim, mas passou a noite, veio o sábado e quando cheguei ela estava muito inchada. Fiquei bastante assustada e falaram que tinham levado ela na UPA, fiquei observando, se caso piorasse..., mas foi tranquila a noite dela apesar de achar que ela não estava nada bem.

E como eu vi o seu estado caindo sempre, no domingo quando cheguei fiquei muito assustada. Rose tinha chorado muito, a plantonista do dia me passou o plantão e falou que ela não estava bem, mas eu ainda não tinha ido no quarto. Ela se despediu e disse que ela tinha ido ao médico, quando fui no quarto e olhei Rose fiquei apavorada, ela tinha chorado muito. Estava muito inchada e com muita falta de ar. Assim que me viu pediu por favor para levá-la ao médico porque não queria morrer.

Sai do quarto liguei para a at, a plantonista dia já tinha ido embora, sendo que todos esses plantões que fiz achei que Rose estava piorando cada vez mais e me senti impotente, achava que precisava fazer alguma coisa naquele momento e estava me sentindo muito só.

Quando liguei para a at de plantão, falei do que vi da Rose e que precisava socorrê-la. Rose estava desesperada, muito mal. Lembro de ter falado que se não socorrêssemos ela iria morrer na RT.

A at não mandou ninguém para me ajudar¹⁴⁸, e não poderia deixar a casa sozinha. Detalhe, ela pediu para chamar o SAMU, mesmo assim entrei em contato mas só dava ocupado, e entrei em desespero, mas consegui o controle. Peguei 20h e só consegui ajuda já eram quase 22h, quando chegou uma cuidadora para ficar lá na casa e foi quando consegui levá-la ao Salgado Filho.

Rose veio a óbito, tiramos do táxi e levamos ela para dentro do hospital, mas já foi morta. Quando a doutora veio falar comigo percebeu que eu estava passando muito mal e me levou e verificou minha PA que estava 22, acho que foi isso.

Para finalizar o que me levou a fazer este relato, foi o fato de dentro desse contexto me sentir completamente sozinha, não tive nenhum apoio nem ajuda pela circunstância do fato com Rose, nem com apoio após o acontecido. Me senti frustrada, sozinha em todos os relatos aqui ditos.

Só para lembrar que é fato, a equipe estava muito desassistida, mudança de equipe, e que hoje é bom poder dizer o quanto está melhor em relação a atenção. Hoje estamos podendo contar mais uns com os outros nessa fase tão difícil.

¹⁴⁸ O profissionais explicitaram tratar-se de um período muito difícil, de atrasos nos salários e dificuldades com o RH, por isso não foi possível enviar de imediato uma profissional para dar suporte.

A dor da perda: A falta da Viviam - Ana

Bem, eu me chamo Ana, sou cuidadora noturna em uma das RT vinculadas ao CAPS.

Vou relatar um pouco de como me senti com a perda de uma moradora, na qual eu já conhecia há muito tempo.

O nome dessa moradora era Viviam, ela veio do IMNS, no qual trabalhei por muitos anos.

Viviam era uma pessoa com as feições franzidas (meio ranzinza), era bastante rabugenta, e ao mesmo tempo era adorável. Era a verdadeira dona da casa, era ela que colocava todas as roupas para lavar, que organizava a cozinha, e ainda chamava a gente de burra, por não fazermos do jeito que ela achava correto.

Viviam era fumante há muito tempo e com isso ela tinha uma tosse que nunca passava, até que um dia essa tosse se agravou e ela começou a ter febre, ficar amuada e sem vontade de fazer suas coisas.

Viviam foi para a UPA, no meu plantão foi chamado o SAMU, nesse dia eu tinha uma colega trabalhando comigo, foi um extra, pois Viviam não estava bem, e nesta época ficávamos sozinhas (todas as plantonistas). Foi uma outra cuidadora quem acompanhou a Viviam nessa ida sem volta.

Quando eu recebi a ligação do coordenador do segmento com a notícia, eu me senti num abismo, pois ela não apresentava estar mal ao ponto de falecer.

Claro que esse era o meu ponto de vista, todos nós, cuidadores dessa RT já estávamos abalados com tantas perdas em tão pouco tempo.

Chegamos ao ponto em que as palavras UPAS, SAMU e HSF nos deixavam em pânico, pois nossos moradores pareciam ir sem sabermos se voltariam. Viviam faleceu no hospital e não na UPA.

Até hoje eu me pego chamando pela Viviam, seja para recolher as roupas do varal, seja para guardar as compras ou seja para ajudar a limpar o banheiro. Essa perda ainda não se cicatrizou dentro de mim.

O que dói é saber que ela foi só mais uma para o nosso governo, e com a morte dela se abriu uma vaga na RT, já para mim, que tive o privilégio de cruzar meu caminho com a rabugenta mais doce do mundo, foi um aprendizado e tanto.

Pois o que o nosso trabalho nos proporciona é isso, aprendizado. Não importa o tempo e nem a nossa experiência, os nossos moradores nos ensinam novas experiências todos os dias.

Eu amo o que faço, pois eu faço com amor.

Viviam estará sempre dentro das minhas memórias e exclusivamente dentro do meu coração.

Luto! Quem nunca perdeu uma pessoa especial? - Graça

Cada pessoa vive o luto de uma maneira diferente e eu descobri isso da pior forma.

Bom, trabalho em RT como técnica de enfermagem, sempre temos intercorrências de casos clínicos na residência. O caso mais recente e o que mais me marcou foi o do morador Marcelo.

Alguns dias depois que Marcelo saiu do hospital psiquiátrico e foi para a residência, apresentou diarreia persistente, evacuava todos os dias e em um mês perdeu mais de quinze quilos, foi muito preocupante para a equipe que era cobrada pelos profissionais que já tinham trabalhado como cuidador do Marcelo no hospital, perguntavam porque ele tinha emagrecido tanto, mas nesse meio tempo eles não sabiam que a nossa luta já tinha começado. Levamos ele na Clínica da Família para ser examinado e encaminhado para fazer exames, fizemos alguns exames de sangue e de imagem. A maioria das vezes era eu que o levava para fazer e isso me deixava cada dia mais envolvida, o apego e o afeto foram inevitáveis, por trabalhar com pessoas é difícil viver só o profissional.

Entre exames e outros eu via Marcelo piorar, oscilava muito, dias muito ruins e dias mais ou menos. E assim eu vivia uma jornada em CF, UPA e hospitais. Não estava sozinha pois toda a equipe e a irmã de Marcelo estavam me dando suporte e nos consolávamos no dia a dia. Tínhamos reuniões para tentar melhorar os cuidados com o Marcelo, pois depois de um tempo ele começou a apresentar quadro de falta de ar, passamos a fazer nebulização com medicamentos para ajudá-lo a respirar. Entre um hospital e outro eu sofria um luto sem saber, estava desgastada, e me culpava por não conseguir resposta sobre o que Marcelo tinha.

Foi algo tão difícil para mim que eu fui obrigada a procurar um tratamento psicológico, achei que estava surtando com tanta preocupação, comecei a ter medo da morte, medo de sair de casa e me acontecer uma fatalidade, depois de algumas sessões com a minha psicóloga, ela me falou que o meu medo era medo da morte, não era medo da minha morte, e sim da morte do Marcelo, porque eu sabia que isso poderia acontecer e a partir desse diagnóstico começamos a trabalhar o luto antes da morte. Foi estranho até para mim, e teve resultado, fui ficando mais forte pra continuar a luta pela vida do Marcelo, ia frequentemente nas visitas no hospital onde ele estava internado, queria passar o máximo de informação para os médicos visando um rápido diagnóstico.

Marcelo foi internado porque tinha sofrido três paradas respiratórias na residência, teve que ser entubado às pressas. Ele teve a parada respiratória de madrugada e uma cuidadora fez a manobra de reanimação nele, e o salvou naquele momento.

Marcelo ficou internado por quase um mês na UPA e um mês no Hospital Ronaldo Gazola no Acari. Na internação Marcelo continuava a oscilar e isso me preocupava bastante, ele ficava cada dia mais magro e sem vida. A irmã do Marcelo ia no hospital no horário da visita, ela ia constantemente, criamos um vínculo.

Quando Marcelo faleceu, ligaram pra ela do hospital pedindo para levar os documentos dele, sem dar a notícia por telefone. A irmã do Marcelo ligou para a at de referência da RT que ele morava, explicou o que tinha acontecido e pediu para eu encontrá-la no hospital.

Quando minha at pediu para eu ir encontrá-la, já tínhamos uma noção de que tinha acontecido o pior. Cheguei no hospital e ela não tinha recebido a triste notícia, ela me esperou para recebermos a notícia juntas, pelo vínculo e tudo que vivemos esses meses. Ela não estava sozinha, o esposo estava com ela. Fomos pedir informação para saber o que houve, nos encaminharam para a sala da recepção do CTI e o médico de plantão veio nos dar a notícia, falou que Marcelo tinha tido uma parada cardíaca e não resistiu, tinha falecido naquela madrugada. Choramos abraçadas, a ficha tinha caído, tudo acabou, o sofrimento do meu querido Marcelo se foi.

No enterro dele eu coloquei uma moeda de cinquenta centavos¹⁴⁹ no caixão junto dele, como se fosse presenteá-lo, mesmo sabendo que ele não sabia disso mas me acalentou.

Hoje só me resta a saudade daquele brincalhão.

¹⁴⁹ Em sua narrativa oral, Graça nos conta que Marcelo tinha o hábito de pedir moedas de cinquenta centavos, e sempre as tinha em mãos.

O cuidado profissional após a morte - Fabiana

As experiências com morte no SRT me suscitaram muitas sensações e questionamentos. Trabalhei como acompanhante terapêutico nas Residências Terapêuticas do CAPS no período de 2016 a 2017, quando me deparei por diversas vezes com a finitude da vida. Essas vivências mobilizaram toda a equipe de segmento devido às questões práticas e objetivas a serem resolvidas, e também pelas questões subjetivas, uma vez que trouxeram cargas de sofrimento significativas.

No SRT o cuidado profissional segue após a morte, em especial quando o morador não possui referências familiares. Autorização judicial para liberar o corpo, já que somente familiares estão autorizados a priori; esperas que parecem intermináveis, vezes no IML e outras no hospital; funerária; dificuldade de conseguir horário para o sepultamento; fazem parte do processo. Essas questões de ordem prática e as questões subjetivas, que dizem respeito ao modo como cada profissional da equipe foi afetado pela morte de cada morador, se atravessam e parecem disputar espaço. Enquanto profissional, é preciso cuidar de toda a situação de morte, avisar as pessoas com quem o morador possuía relação, sentindo um grande pesar, mas em meio a toda burocracia e aos inúmeros questionamentos que devem ser respondidos, não há espaço para refletir profundamente sobre aquela falta.

Há um momento em que a parte operativa das situações de morte se esgota, e é quando se torna possível e necessário se deparar integralmente com aquela perda, sem os atravessamentos das questões imediatas. A dureza do contato direto com necrotérios e funerárias dá vez a uma reflexão por vezes silenciosa, que fazem experimentar as mais diversas sensações. Aprender com uma situação de morte, a partir de reflexões silenciosas e, principalmente, coletivas, pode ser mais doloroso do que estar em um necrotério resolvendo questões burocráticas diante de uma intensa circulação de corpos, tratados como material descartável.

Aprender com a morte para o acompanhante terapêutico significa se deparar com o tamanho de sua responsabilidade e ao mesmo tempo com o seu limite profissional. Uma de suas importantes atribuições é convocar a rede de cuidados dos moradores para compartilhar a grande responsabilidade que é cuidar em liberdade.

Admito que esse movimento por vezes era exaustivo. Percebo que o fato de ter uma equipe que cuida do morar pode gerar a falsa sensação de que os moradores estão plenamente

assistidos, como se estes profissionais pudessem responder pela totalidade de questões que se apresentam no processo de desinstitucionalização.

Para estes profissionais que cuidam do morar e que estão lado a lado com os usuários em seu cotidiano, a morte pode se apresentar com a estranha sensação de uma responsabilidade exacerbada ou mesmo culpa: “o que escapou?”, “como poderia ter sido diferente?”, são alguns dos questionamentos que se apresentam, apesar do entendimento de que não é possível ter total controle sobre a vida do outro.

A ausência provocada pela morte de um morador de RT deixa marcas na equipe, que segue acompanhando o cotidiano da casa, e nos outros moradores que dividiam a casa, algumas vezes o quarto e que compartilhavam parte da vida. O vazio que fica no lugar que o falecido morador ocupava na casa é uma presença constante. Em meio ao luto é preciso se reinventar para dar continuidade ao trabalho e auxiliar os moradores na ressignificação do cotidiano da casa.

Anexo C



**Manual Operativo sobre o enfrentamento do Luto nos
SRT para profissionais e gestores em SRT**

*Rita de Cássia Ferreira Silverio
2020*

Este material didático consta como suplemento da dissertação de mestrado de:

Rita de Cássia Ferreira Silverio – 2020

Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial – IPUB/UFRJ

Orientação: Nuria Malajovich

Pretendemos - com este material - contribuir para legitimar o luto dos profissionais em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a partir das ressonâncias identificadas em suas subjetividades e em seus processos de trabalho, conforme evidenciado na pesquisa de mestrado da qual este guia faz parte.

O primeiro aspecto a ser destacado refere-se **à morte em si**. Ou seja, todos nós morreremos, inclusive nossos pacientes/moradores em SRT, pois também as pessoas portadoras de transtornos mentais diversos), diferentemente do que muitos propagam por aí, adoecem e morrem. O que faz toda a diferença, portanto, é a maneira como serão cuidados em vida, na iminência da morte e quando da morte em si. Pois também o cuidado com o corpo do morto e todo o seu entorno estão interligados ao cuidado e incidirá sobre a elaboração da perda e do luto. E o primeiro passo para lidarmos com a morte no campo da Saúde Mental é desconstruindo em nossas práticas e discursos aquilo que se apresenta como tabu à emergência do adoecimento, da perda e do luto de nossos pacientes e moradores. O que de forma alguma pode ser confundido com descuido, descompromisso, desinteresse ou o que o valha. Outrossim, significa ter clareza de que também as pessoas com transtornos mentais graves adoecem fisicamente e precisam de tratamentos clínicos correspondentes, sejam eles, preventivos, curativos, reabilitadores ou paliativos. Ademais, elas também morrerão como qualquer um de nós, e desde que tenham sido adequada e integralmente cuidadas, não há porque culpar-se ou culpabilizar àqueles que lhe acompanharam.

O segundo aspecto refere-se ao **luto propriamente dito**. Compreendendo-se por luto a reação à perda de algo ou alguém que ocupou um lugar especial em nossas vidas, em um processo singular e sem fim pré-determinado, que depende de inúmeros fatores internos, afetivos, vinculares/relacionais, ambientais, redes de apoio existentes, tipo de perda, causa e circunstâncias da perda, aspectos contextuais e sociais, assim como dos recursos de enfrentamento já utilizados ou de outros que possam ser identificados. Além do mais, o comportamento de apego (ou vincular) visa sempre a manutenção de um laço afetivo, e, naquelas situações onde os laços não serão restabelecidos devido à perda, experiências muito primitivas de apego impactarão no curso da vida a partir da perda, assim como na elaboração do luto, influenciando inclusive na forma como será vivenciado e nas suas manifestações.

Do mesmo modo, o luto também apresenta variações quanto à sua estruturação, que dependerão dos aspectos acima mencionados: Luto Normal; Luto Antecipatório ou Antecipado; Luto Ambíguo; Luto Inibido ou Adiado; Luto Crônico; Luto Traumático e Luto Não-Reconhecido.

Sendo assim, o processo de luto pode iniciar antes da perda, subsidiando sua preparação, configurando-se assim como luto antecipatório. E até essa antecipação requer um equilíbrio dinâmico.

As demais formas de enlutar-se implicam em complicação do luto, e envolvem:

- Manter-se intensa e estreitamente orientado para perda com o passar dos anos (Luto Crônico);
- Prolongar o processo de evitação e/ou negação da perda, orientando-se exclusivamente para a restauração (Luto Adiado);
- Sentir-se incapaz de solucionar o impasse entre viver a perda e a restauração, devido ao amor e ódio e/ou culpa experimentado, o que remete a algo impossível de reparar (Luto Ambíguo);
- Remeter-se continua e sistematicamente ao episódio traumático o que impede tanto a elaboração do luto como a sua reparação com conseqüente continuidade da vida (Luto Traumático).
- Há ainda situações onde a pessoa é privada do direito de enlutar-se, seja porque o relacionamento não é reconhecido, a perda ou a realidade da perda não é reconhecida, o enlutado não é reconhecido, as circunstâncias da morte não são reconhecidas, ou a maneira de enlutar-se e o modo como um indivíduo sofre não são reconhecida (Luto Não-Reconhecido). Esta última forma de enlutar-se diz respeito ao a não validação do luto, como identificamos nos profissionais dos SRT, o que concorre para a complicação do luto.

Alguns fatores concorrem para o **curso saudável do luto**, em diversas dimensões: emocional, cognitiva, física e comportamental, que poderão persistir durante algum tempo, de acordo com a singularidade de cada pessoa e situação. Sendo que no decorrer deste processo inúmeras

destas condições se apresentarão, muitas vezes coexistindo ou sobrepondo-se, em um movimento oscilatório de contato, que de modo geral transitam entre a negação; desorganização ou desespero, conscientização e restabelecimento.

Em suma, o luto saudável abrange: a aceitação da perda e do fato de que aquele ou aquilo que se perdeu não voltará; a elaboração da perda, o que significa, entre outras coisas, (re)ajustar-se gradualmente e em seu próprio tempo ao cotidiano da vida, agora sem a pessoa perdida; e a ressignificação da perda, encontrando outro lugar em sua vida para aquele que se perdeu.

Os fatores presentes no luto saudável não diferem daqueles existentes nos lutos que se complicam, salvo em grau e intensidade, exceção parcial deve ser feita para os aspectos relacionados ao luto traumático onde há episódios como catástrofes, perdas múltiplas, súbitas ou violentas.

Fatores **emocionais** presentes no luto: tristeza, raiva, medo, culpa, angústia, saudade, alívio, solidão, desamparo, entorpecimento, fadiga, choque.

Fatores **cognitivos** presentes no luto: primeiramente o registro preliminar da perda e a incapacidade de processá-la; seguida processando das informações e sua ressignificação.

Sensações **físicas** que acompanham o processo do luto: “vazio no estomago”, “aperto no peito”, “nó na garganta”, hipersensibilidade ao barulho, sensação de fraqueza muscular, despersonalização, prostração, taquicardia, dificuldades respiratórias e/ou digestivas

Fatores **comportamentais** presentes no luto: perturbações do sono e do apetite, distrações frequentes, sonhos com a pessoa que faleceu, hiperatividade, choro e/ou suspiros, isolamento social, evitação de ações ou lugares que lembrem a pessoa falecida ou excessiva afeição aos objetos que a recordam.

Alguns **desafios no processo de elaboração do luto**: reconhecer a realidade da perda; abrir-se à dor; rever o próprio mundo de significados; reconstruir a relação com quem se perdeu;

reinventar-se.

Portanto, o curso saudável do luto implica um **processo ativo** por parte do enlutado, que envolve: permitir-se sentir a perda; compreender as circunstâncias da morte; abrir-se a sua própria dor; rever o mundo de significados; reconstruir a relação com quem se perdeu, reinventar-se a si mesmo; não se isolar e procurar ajuda.

Deste modo, a **reconstrução de significados no luto**, ou seja, como integramos a perda em nossas vidas e quem nos tornamos a partir dela, envolve o enfrentamento de algumas questões: a morte como acontecimento que nos ajuda, ou não, nas construções que orientam nossas vidas; o luto como um processo singular e único; o luto como algo que nós mesmos fazemos e não algo que fizeram conosco; o luto como oportunidade de reafirmar ou reconstruir o mundo pessoal de significados; o luto como um trabalho que cumpre a função de reconstrução de nossas identidades e de nossas relações como sobreviventes à perda.

O modo de **enfrentamento da perda e do luto** proposto no presente trabalho é o *Modelo de Processo Dual do Luto* (Schut e Stroebe, 2010 [1999]), em que o enlutado oscila entre dois tipos de enfrentamento: oras orientando-se para a perda (busca lidar com a perda, detendo-se nela e trabalhando alguns dos aspectos que lhe dizem respeito) e oras orientando-se para a restauração (procura lidar com as atividades cotidianas e reorganizar a vida). Logo após a perda é esperado que o movimento do enlutado esteja mais direcionado para à perda, por isso compreendemos e reafirmamos a necessidade de criação de espaços de escuta e acolhimento onde à equipe de segmento dos SRT possa então relatar suas experiências de perda no âmbito deste trabalho, como fator essencial à elaboração do luto e à orientação para a restauração, evitando-se complicações do luto, e conseqüentemente desdobramentos negativos para o trabalho.

Para a maior parte das pessoas o processo de luto seguirá o curso normal sem que haja a necessidade de **intervenção terapêutica**, porém existem situações em que a pessoa precisará buscar ajuda psicoterapêutica a fim de evitar complicações no luto.

O não reconhecimento do luto é um dos **fatores de risco na complicação do luto**, daí insistirmos em sua validação e no suporte que advém deste reconhecimento. Outros fatores de

risco são: perdas traumáticas; predisposição ao estabelecimento de relações afetivas ambivalentes; relações afetivas altamente ansiosas com cuidado compulsivo; relações afetivas evitativas, onde predominam esforços exaustivos para reivindicar a autossuficiência emocional e a independência de todas as ligações afetiva. Em síntese, o luto poderá se complicar quando houver ausência de oscilação entre as estratégias orientadas para a perda e àquelas orientadas à restauração, ou então quando houver distúrbios neste processo.

Restabelecido este panorama geral a respeito do luto, apresentamos a seguir às **condições de proteção ao luto no contexto dos SRT**, elencadas a partir das narrativas orais e escritas dos profissionais participantes da pesquisa autoetnográfica, conforme pode ser verificado em sua íntegra no quarto capítulo da dissertação de mestrado.

1. O reconhecimento e a validação do luto dos profissionais dos SRT, o que envolve considerar às suas implicações não só em nível pessoal, como também para o coletivo de profissionais e moradores nos SRT. Reconhecer o luto, portanto, demanda reposicionamentos institucionais, dentre eles, os diretamente relacionados:
 - i. Licença Nojo¹⁵⁰ - período em que o funcionário pode ausentar-se do trabalho sem prejuízos salariais. Esta modalidade de licença não prevê o afastamento de profissionais de saúde no contexto do seu trabalho, uma vez não reconhecer (ou mesmo desconhecer) a vinculação que possa existir entre profissional-paciente. Entendemos que no caso dos profissionais da equipe de segmento que possuem uma vinculação mais estreita com o morador perdido, este afastamento deveria ser considerado e acordado considerando-se as circunstâncias, como uma das maneiras de contribuir com o curso saudável do luto, assim como com os desdobramentos para o trabalho, que podem ser mais produtivos e efetivos após este período de afastamento do profissional.
 - ii. Nos casos em que não houver possibilidades do afastamento do trabalho, articular com esse profissional de referência, quais das atividades e tarefas mais imediatas ele está apto,

¹⁵⁰ Termo de origem portuguesa para designar o luto, incorporado pela CLT com o nome original. O tempo de afastamento que o funcionário terá direito irá variar conforme o grau de parentesco. É concedida normalmente nos casos de falecimento de pais, irmãos, filhos e do cônjuge, porém também pode ser solicitada em casos de óbitos de parentes mais distantes, como padrasto, madrastra, sogros e cunhados. Nesses casos, o período de afastamento será menor, sendo que o tempo está previsto na legislação. Há variações neste tempo entre celetistas (CLT) e servidores.

naquele momento, a realizar. Ainda que isso envolva, por exemplo, realizar atividades em outras RT ou outras não relacionadas diretamente com a perda.

2. Espaços institucionais destinados à elaboração do luto no contexto dos SRT, destacando que estes espaços devem vir a somar-se aos espaços já existentes e não substituí-los. Exemplificando, é muito importante que parte da equipe de segmento¹⁵¹ participe das supervisões do CAPS conjuntamente da equipe assistencial. Entretanto, é necessário que existam espaços, os quais não precisam ser fixos criando a obrigatoriedade de uma nova agenda, em que se possa abordar a questão das perdas vivenciadas nos SRT (algumas ainda em sua iminência) não em termos de prestação de contas ou esclarecimentos à equipe, mas como espaço continente que permita a elaboração do luto e das situações difíceis vivenciadas. Inferimos que estes espaços possam, inclusive, contribuir na revisão do impasses e desafios, produzindo mais leveza em outras situações que possam advir e maior interlocução entre a própria equipe de segmento.
3. Integralidade do cuidado aos moradores dos SRT, favorecendo a articulação dos pontos de atenção da rede de saúde, nos níveis macro e micro político (considerando-se aqui também os equipamentos e profissionais da assistência como agentes micro políticos). Primeiramente buscando-se alternativas para romper a separação equivocada entre saúde geral e saúde mental, rompendo assim a fragmentação e conseqüentemente a desresponsabilização da rede pelos pacientes com transtornos mentais severos; fomentando a informação e a formação dos profissionais em saúde quanto a RAPS, conferindo maior visibilidade aos equipamentos existentes, o trabalho realizado, os profissionais que constituem esse eixo da RAS, e especialmente a clientela envolvida. Prioriza-se assim diminuir a distância existente e com isso aumentar as possibilidades de interlocução;
4. Elaborar - desde o primeiro PTS do paciente - estratégias coletivas e integrais de cuidado, envolvendo desde o início e dentro do possível, os componentes da rede de cuidados

¹⁵¹ Coordenadores/as com frequência, e at, cuidadores e técnicos de enfermagem quando for necessário à discussão de caso de um morador em SRT. Além disso, a equipe de segmento precisa manter as suas reuniões (para alguns segmentos maiores, de mini equipes), para que possa tratar de aspectos mais práticos e intimistas referentes ao cotidiano da vida em uma casa e na cidade, e que não cabem no contexto das supervisões do CAPS, pois envolvem inclusive decisões de ordem prática a serem tomadas, algumas imediatamente, como em qualquer casa. Entretanto, sustento que a direção do CAPS deve ter um espaço constante de supervisão com a equipe de segmento, assim como o supervisor do CAPS. A configuração destes espaços e sua concretude tendo em vista a realidade temporal e as inúmeras funções do CAPS, precisam ser repensadas. Ademais pelo fato das RT terem aproximadamente, apenas, duas décadas; estarem diretamente vinculadas aos CAPS oficialmente há apenas uma década; e virem crescendo substancialmente ao longo do tempo.

mais básicos aos moradores dos SRT. Visando assim o compartilhamento de maneira corresponsável. Saliento que estas estratégias e atribuições sejam pactuadas em vários níveis institucionais, não ficando a encargo somente da equipe de segmento, como já vem sendo. De modo que a atenção às pessoas com transtornos mentais possa ser pautada nas agendas em saúde, como é para qualquer cidadão de direitos.

5. É fundamental que além da supervisão clínica com viés psicológico, psiquiátrico e social, também se invista na supervisão clínica/técnica de enfermagem relacionadas às demandas clínicas nos SRT e voltadas, preferencialmente, para os técnicos de enfermagem e cuidadores. Pudemos verificar, através dos relatos, pelo menos três situações em que as profissionais se sentiram mais aptas a realizar determinada manobra emergencial na RT, após a supervisão com a enfermeira do CAPS. Ressaltamos aqui, que nos referimos àquelas manobras e intervenções que podem ser realizadas em casa até pelo cuidador familiar, e que não dizem respeito as atribuições exclusivas dos profissionais de enfermagem. Como poderia ser bem interessante também, em articulação com as Clínicas da Família e os NASF - se não tivessem sido excluídos recentemente do escopo da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) – a transmissão aos cuidadores e técnicos de enfermagem de aspectos concernentes ao manejo de cadeirantes e acamados por fisioterapeutas; em situações de dificuldades com alimentação e/ou cuidados com sonda; a articulação com fono; noções básicas de saúde bucal com dentista; e atividades físicas adequadas a cada morador ou mesmo no plano geral, como por exemplo, alongamento, junto ao educador físico. O que pode potencializar os cuidados aos moradores e o próprio cuidado de si do profissionais que possuem uma carga horária de trabalho de 40h e podem se beneficiar destas orientações.

Tal qual evidenciado em várias narrativas, a qualificação clínica básica da equipe de segmento mostrou-se um recurso essencial ao cuidado despendido pela equipe de cuidadores e técnicos de enfermagem aos moradores dos SRT, em contrapartida atuando como medida de salvaguarda e autoafirmação dos próprios profissionais, que sentem-se mais seguros e preparados para lidar com os desafios impostos pela clínica. Exemplo prático foi o Curso de Primeiros Socorros elaborado pela enfermeira do CAPS e que serviu de subsídio às ações das profissionais nas situações de emergência subsequentes.

2. Supervisão à equipe de segmento com a supervisora do CAPS, de forma frequente e sistematizada para discussão e elaboração das situações vividas no campo do acompanhamento terapêutico¹⁵² e em situações difíceis, como no caso de perda e luto. Na nota de rodapé 144 abordamos alguns aspectos que diferenciam e caracterizam o espaço de reunião da equipe de segmento.

6. Manutenção de RH adequado à demanda nos SRT e CAPS inerente ao trabalho realizado pelo CAPS em sua vertente assistencial e junto aos dispositivos residenciais. Na Atenção Psicossocial convencionou-se trabalhar com recursos abaixo do mínimo, o que tem produzido sobrecarga, desgaste e adoecimento profissional, além de impotência, pois torna-se impossível realizar todas as ações e de forma clínica ampliada. Para ampliarmos e mantermos SRT precisamos contar com número adequado de recursos humanos não só nas RT, como também nos CAPS, com número de profissionais proporcionais à demanda. Certamente este não é o único fator relacionado à questão da demanda, outros aspectos precisam ser redesenhados tendo em vista à realidade atual, mas não resta dúvidas de que se trata de um fator significativo, como pudemos conferir em diversas narrativas.

7. Ainda sobre RH, cabe repensar o formato atual de plantão noturno com um único cuidador/a, estabelecendo-se dois cuidadores/as noturnos/as em cada RT por plantão¹⁵³, como parâmetro mínimo. O que visa garantir, primeiramente o suporte adequado a todos os moradores da RT, haja vista em situações de agravamento da saúde, em que o profissional precisa se deslocar com o morador adoecido e não há como deixar os demais sozinhos, o que é cada vez mais comum, em virtude da complexização das RT a partir do envelhecimento¹⁵⁴, e da condição de saúde das pessoas ainda institucionalizadas, seja do ponto de vista físico e/ou psíquico.

Segundo as profissionais, o fato de haver um parceiro com quem contar nos plantões noturnos, onde comumente há só um profissional, é um fator de regulação da segurança,

¹⁵² Importa destacar, que muito embora nos SRT da cidade do Rio de Janeiro exista a função contratual de acompanhante terapêutico, o acompanhamento terapêutico transversalizar todas as demais funções, inclusive do CAPS dependendo daquilo que se realiza e do manejo clínico.

¹⁵³ Lembramos que as RT de baixa complexidade não possuem cuidadores noturnos e nas de média complexidade o plantonista diurno só permanece até 20h no máximo 21h.

¹⁵⁴ Falamos de envelhecimento de uma clientela outrora gravemente maltratada em que torna-se mais incomum envelhecer com saúde. De forma alguma, consideramos todo e qualquer envelhecimento nestes termos.

e portanto, promotor de confiança e autonomia-compartilhada pelos profissionais nas ações empregadas. Esta possibilidade de compartilhar responsabilidades e decisões no ato do acontecimento, parece promover base segura às intervenções que serão realizadas, inclusive a possibilidade de deslocar-se com aquele morador que necessita de socorro imediato, sem desassistir aos demais, reassegurando o cuidador em suas decisões e ações.

8. Trabalhar os aspectos que distanciam e fragmentam a equipe do CAPS, sem com isso produzir indiferenciação em suas vertentes assistencial e de segmento indispensáveis ao desenvolvimento do trabalho;
9. Favorecer e impulsionar, nos planos micro e macro institucionais, relações horizontalizadas de trabalho. Pois, muito embora, o modelo de gestão horizontalizado em saúde esteja na ordem do dia, no geral os paradigmas e relações ainda são pautados em modelos hierarquizados, verticais e fragmentados oriundos da Revolução industrial e do modelo Taylorista de divisão do trabalho.
10. Quanto a ocupação de recurso vago em SRT nos casos de morte e luto - não obstante se considere a regra geral formulada e estabelecida no intercruzamento entre a necessidade de dar continuidade ao processo de desinstitucionalização daquelas pessoas ainda em regime de longa permanência institucional e a realidade cotidiana dos SRT pela cidade ao longo do seu tempo de existência - sugerimos que naqueles casos, em que não seja possível a ocupação com a brevidade requerida, todos os envolvidos sejam implicados na tomada de decisões e responsabilizados pelas consequências oriundas de qualquer que seja a decisão tomada.
11. Quanto à formulação de relatório após o óbito do morador em SRT, acredito que a instituição do prontuário eletrônico universal poderia favorecer à todos os envolvidos, conferindo objetividade, visibilidade e prontidão com relação aos dados principais sobre a saúde do morador em SRT e mediante a sua morte. Como estamos ainda longe de atingir tal meta, talvez uma solução provisória seja construir coletivamente uma maneira de fazer circular a notícia do óbito e suas circunstâncias sem com isso onerar aos profissionais diretamente envolvidos no pós-óbito imediato. Pressuponho, ainda, que vários aspectos concorrem para encurtar essa distância que torna imperativa a

formulação do relatório, porém talvez caiba antes de mais nada, enfrentarmos àquilo que torna imperativo à sua produção.

Alguns dos itens apresentados, como a questão da ocupação do recurso vago e do relatório, ainda encerram um paradoxo para mim, por isso permanecem de certo modo em suspensão, não há uma resposta assertiva, determinística e final sobre esses assuntos, há reflexões e dúvidas que requerem outros componentes para que se possa avançar nesta discussão. Talvez com o tempo seja possível avançar nestes pontos elucidando-os e construindo outras possibilidades de entendimento.

Conforme podemos perceber, as condições de proteção ao luto nos SRT, envolve uma série de fatores que variam em grau de complexidade e alcance, inclusive inerentes ampliação da clínica em Atenção Psicossocial. E envolvem em seu bojo afetos, saberes e poderes nos plano macro e micro. Como não temos ingerência sobre os macro poderes, compete-nos enquanto profissionais de saúde, não nos deixar tomar pela impotência e paralisação, tonando-se mister investir nas ações micro políticas ao nosso alcance.

Saudações!!!



Referências¹⁵⁵:

- ATTIG, T. Disenfranchised Grief Revisited Discounting Hope and Love. **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 49, p. 197-215, 2004. Disponível em: <<https://sites.ualberta.ca/~jenny/PDFs/14022506.pdf>>. Acesso em: jan. 2020.
- BARBOSA, A. (coordenador). **Olhares Sobre o Luto**. Lisboa: Núcleo Acadêmico de Estudos e Intervenções Sobre Luto. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2013.
- BOWLBY, J. **Apego e perda, Vol 1. Apego: a natureza do vínculo** (2a ed). São Paulo: Martins Fontes, 1990 [1969].
- _____. **Apego e perda, Vol 3. Perda: Tristeza e Depressão** (3a ed). São Paulo: Martins Fontes, 2004 [1985].
- _____. **Uma Base Segura – aplicações clínicas da Teoria do Apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1988].
- _____. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2006 [1979].
- CASELLATO, G. (org.) **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade**. São Paulo: Polo Books, 2015a.
- CASELLATO, G. (org.) **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**. São Paulo: summus editorial, 2015b.
- DOKA, K.J. **Encyclopedia of Death and the Human Experience - Disenfranchised Grief**, 2009 [1989].
- MAZORRA, L. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.
- NEIMEYER, R.A. Reconstruindo os significado do Luto: Resumo de um Programa de Pesquisa. **Estudos de Psicologia (Campinas)**. V.28. n.4. 2011.
- _____, HOLLAND, J.M., CURRIER, M. Meaning reconstruction in the first two year of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 53. n. 3. p. 175-191, 2006.
- PARKES, C. (2006) **Amor e Perda – as raízes do luto e suas complicações**. São Paulo: Summus editorial, 2009 [1985].
- _____. **Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus editorial, 1998.

¹⁵⁵ A bibliografia completa pode ser acessada na dissertação de mestrado.

STROEBE, M.S., STROEBE, W., HANSSON, R.O. **Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention**. United Kingdom: UNIVERSITY OF CAMBRIDGE, 1993.

STROEBE, M.S., SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. . **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 61. n. 4. p. 273-289, 2010 [1999]. DOI: [10.2190/OM.61.4.b](https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/47716739_The_Dual_Process_Model_of_Coping_with_Bereavement_A_Decade_on>. Acesso em: Jan.de 2020.

_____. Overload: A Missing Link in the Dual Process Model. **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 61. p. 371-380, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0030222816666540>>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. The dual process model of coping with bereavement: Overview and update. **Psychiatry Research**. V. 23. N. 3. p. 197-224, 1999. DOI: [10.1080/074811899201046](https://doi.org/10.1080/074811899201046). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12470676_The_dual_process_model_of_coping_with_bereavement_Overview_and_update. Acesso em: Jan.de 2020.

_____. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. **National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information**. v. 61. n. 4. P.276-289. 2010. DOI: [10.2190/OM.61.4.b](https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b). Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21058610/>>. Acesso em: Jan.de 2020.

WORDEN.J.W. **Terapia do Luto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ANEXO D



ORIENTAÇÕES SOBRE LUTO

Para Profissionais nos

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

Ficha Catalográfica

Este material didático consta como suplemento da dissertação de mestrado de:

Rita de Cássia Ferreira Silverio –
2020

Mestrado Profissional em Atenção
Psicossocial – IPUB/UFRJ

Orientação: Nuria Malajovich
Muñoz

Apresentação

O meu interesse em pesquisar o tema do luto dos profissionais no âmbito da desinstitucionalização, mais especificamente dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), se deu a partir do meu percurso na área técnica na cogestão deste projeto de âmbito público. Minha intenção é de conferir visibilidade ao luto dos profissionais nestes dispositivos e inspirar a criação de espaços coletivos de troca e compartilhamento sobre as questões inerentes ao luto do profissional. Pretendo assim, favorecer a reflexão e a ressignificação do papel do luto no âmbito coletivo de trabalho nos SRT, permitindo a construção de conhecimento acerca da temática do LUTO dos PROFISSIONAIS no âmbito dos SRT, e das diferentes formas de lidar com esta questão. Este livreto resulta, portanto, da minha dissertação de mestrado “O LUTO DOS PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS: DO VETO AO RECONHECIMENTO.

O Luto é a reação à perda de algo ou alguém que ocupou um lugar especial em nossas vidas, em um processo singular que não possui um começo ou um fim pré-determinado. Ele se processa no decorrer da vida de cada indivíduo, com características que lhe são próprias. Sendo assim, a maneira como cada um viverá e administrará suas perdas dependerá de incontáveis fatores, entre eles: se é a primeira perda ou se outras perdas já foram vivenciadas; como a pessoa reagiu às perdas anteriores e como foi o processo de elaboração do seu luto; quais foram os recursos utilizados naquele momento e os recursos com que conta agora para o enfrentamento desse processo; o contexto em que a perda se deu; quem ou o que se perdeu; qual a dinâmica entre eles; quais os recursos de enfrentamento; quais os riscos e vulnerabilidades; com qual rede afetiva e social pode contar; entre outros fatores.

O luto dentro dessa perspectiva processual, em que não há uma resolução, por assim dizer, e sim a elaboração através da vida, não há que ser resolvido ou superado e sim processado de acordo com o significado atribuído à vida, às perdas e, por fim, à morte”. (Silverio, 2010, p.139).

A resposta normal ao luto é

composta por quatro dimensões: emoções, cognições, sensações físicas e comportamentais, que poderão persistir durante algum tempo.

Fatores emocionais presentes no luto:

- 
- Tristeza
 - Raiva
 - Medo
 - Culpa
 - Angústia
 - Saudade
 - Solidão
 - Desamparo
 - Entorpecimento
 - Alívio
 - Fadiga
 - Choque

Processos cognitivos presentes no luto:

- Em um primeiro momento, o registro preliminar das informações relevantes sobre a perda e o luto, assim como a incapacidade de avaliá-las imediatamente de forma aprofundada, o que está atrelado a fase de torpor;
- Em um segundo momento, uma avaliação mais profunda das informações vai se processando, algumas destas são examinadas e reexaminadas, outras vão sendo adicionadas e outras permanecem evitadas.

Sensações físicas que acompanham o processo

do luto:

- “Vazio no estomago”
- “Aperto no peito”
- “Nó na garganta”
- Hipersensibilidade ao barulho
- Sensação de fraqueza muscular
- Despersonalização
- Prostração
- Taquicardia
- Dificuldades respiratórias e/ou digestivas

Fatores comportamentais presentes no

luto:

- Perturbações do sono e do apetite
- Distrações frequentes
- Sonhos com a pessoa que faleceu
- Hiperatividade
- Choro e/ou suspiros
- Isolamento social
- Evitação de ações ou lugares que lembrem a pessoa falecida
ou Excessiva afeição aos objetos que a recordam

Desafios no processo de elaboração do luto

– dependerão da singularidade de cada perda e de cada pessoa, assim como dos recursos de que dispõe para o seu enfrentamento:

- Reconhecer a realidade da perda - envolve lidar com as sucessivas confrontações com o fato de que a pessoa não existe mais e com todas as demais limitações impostas pela perda;
- Abrir-se à dor - alternado entre a orientação para a perda e a orientação para a reparação; entre o sentir e o fazer; a atenção aos sentimentos mais dolorosos e a reflexão sobre tudo o que a perda envolve; e a reorientação para as tarefas cotidianas, que nos ajudam a descansar da intensa angústia que acompanha toda a elaboração ativa do luto;
- Rever o próprio mundo de significados – pois a experiência de perda afeta nosso sistema de crenças e pressuposições que, até aquele momento, sustentavam nossa vida, exigindo profundas revisões;
- Reconstruir a relação com quem se perdeu – uma vez que a morte determinar transforma a relação, convertendo uma relação baseada na presença física noutra baseada numa conexão simbólica;
- Reinventarmo-nos a nós mesmos – através da revisão de nosso mundo presumido.

O processo de luto requer:

- Continuarmos a viver - cada um a seu tempo - mesmo sem a presença daqueles a quem amamos. Significa muito mais do que simplesmente sobreviver, mas seguir com a vida após a transformação, permitindo-se relações significativas ao mesmo tempo em que se mantém a memória da pessoa perdida.

Para que o **luto siga de forma saudável**, algumas sugestões:

- Permitir-se sentir a perda;
- Compreender as circunstâncias da morte da pessoa querida, desenvolvendo uma explicação pessoal para ela;
- Tomar a decisão consciente de atravessar a sua dor, assumindo-a para si e para os outros;
- Não se isolar e procurar ajuda, pois muito embora o luto consista em um processo pessoal, o suporte afetivo e social desempenha papel fundamental.

A reconstrução de significados

no luto, ou seja, como integramos a perda em nossas vidas e quem nos tornamos a partir dela, envolve o enfrentamento de algumas questões:

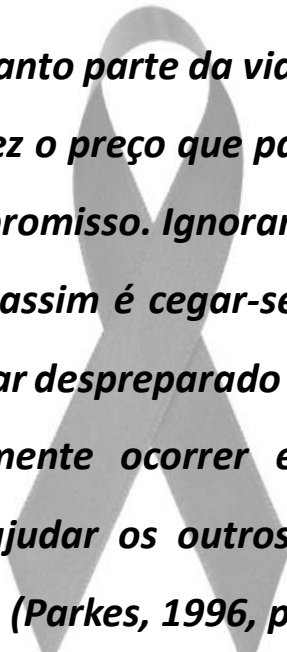
- A morte como acontecimento que nos ajuda nas construções que orientam nossas vidas ou que se constitui em uma nova experiência em que as construções anteriores não podem ser aplicadas;
- O luto como um processo singular e único;
- O luto como algo que nós mesmos fazemos e não algo que fizeram conosco;
- O luto enquanto oportunidade de reafirmar ou reconstruir o mundo pessoal de significados que foi abalado pela perda;
- O luto como um trabalho que envolve diversos sentimentos, comportamentos, sensações físicas, e fatores cognitivos, que cumprem a função de reconstrução de significados depois da perda;
- E a reconstrução relacional de nossas identidades como sobreviventes à perda.

Fatores de risco na complicação do luto:

O não reconhecimento do luto é um dos fatores de risco na complicação do luto, daí insistirmos em sua validação e no suporte que advém deste reconhecimento. Outros fatores de risco são: perdas traumáticas; predisposição ao estabelecimento de relações afetivas ambivalentes; relações afetivas altamente ansiosas com cuidado compulsivo; relações afetivas evitativas, onde predominam esforços exaustivos para reivindicar a autossuficiência emocional e a independência de todas as ligações afetiva.

Em síntese, o luto poderá se complicar quando houver ausência de oscilação entre as estratégias orientadas para a perda e àquelas orientadas à restauração, ou então quando houver distúrbios neste processo.

Nas situações onde se identifiquem fatores de risco e/ou a predominância dos fatores emocionais, cognitivos, físicos, entre outros, de forma persistente ao longo do tempo, ou seja, com predominância somente no confronto com a perda ou então no enfrentamento adaptativo, sugere-se a busca de apoio terapêutico.



A dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é, talvez o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso. Ignorar esse fato ou fingir que não é bem assim é cegar-se emocionalmente, de maneira a ficar despreparado para as perdas que irão inevitavelmente ocorrer em nossa vida, e também para ajudar os outros a enfrentar suas próprias perdas. (Parkes, 1996, p. 22)

Referências:

- ATTIG, T. Disenfranchised Grief Revisited Discounting Hope and Love. **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 49, p. 197-215, 2004. Disponível em: <<https://sites.ualberta.ca/~jenny/PDFs/14022506.pdf> >. Acesso em: jan. 2020.
- BARBOSA, A. (coordenador). **Olhares Sobre o Luto**. Lisboa: Núcleo Acadêmico de Estudos e Intervenções Sobre Luto. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2013.
- BOWLBY, J. **Apego e perda, Vol 1. Apego: a natureza do vínculo** (2a ed). São Paulo: Martins Fontes, 1990 [1969].
- _____. **Apego e perda, Vol 3. Perda: Tristeza e Depressão** (3a ed). São Paulo: Martins Fontes, 2004 [1985].
- _____. **Uma Base Segura – aplicações clínicas da Teoria do Apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1988].
- _____. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2006 [1979].
- CASELLATO, G. (org.) **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade**. São Paulo: Polo Books, 2015a.
- CASELLATO, G. (org.) **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**. São Paulo: summus editorial, 2015b.
- DOKA, K.J. **Encyclopedia of Death and the Human Experience - Disenfranchised Grief**, 2009 [1989].
- MAZORRA, L. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.
- NEIMEYER, R.A. Reconstruindo os significado do Luto: Resumo de um Programa de Pesquisa. **Estudos de Psicologia (Campinas)**. V.28. n.4. 2011.
- _____, HOLLAND, J.M., CURRIER, M. Meaning reconstruction in the first two year of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 53. n. 3. p. 175-191, 2006.
- PARKES, C. (2006) **Amor e Perda – as raízes do luto e suas complicações**. São Paulo: Summus editorial, 2009 [1985].
- _____. **Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus editorial, 1998.

STROEBE, M.S., STROEBE, W., HANSSON, R.O. **Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention**. United Kingdom: UNIVERSITY OF CAMBRIDGE, 1993.

STROEBE, M.S., SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. . **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 61. n. 4. p. 273-289, 2010 [1999]. DOI: [10.2190 / OM.61.4.b](https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b). Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/47716739_The_Dual_Process_Model_of_Coping_with_Bereavement_A_Decade_on>. Acesso em: Jan.de 2020.

_____. Overload: A Missing Link in the Dual Process Model. **Omega Journal of Death and Dying: SAGE Journals**. v. 61. p. 371-380, 2016. Disponível em: < <https://doi.org/10.1177/0030222816666540>>. Acesso em: Jan. de 2020.

_____. The dual process model of coping with bereavement: Overview and update. **Psychiatry Research**. V. 23. N. 3. p. 197-224, 1999. DOI: [10.1080 / 074811899201046](https://doi.org/10.1080/074811899201046). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12470676_The_dual_process_model_of_coping_with_bereavement_Overview_and_update. Acesso em: Jan.de 2020.

_____. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. **National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information**. v. 61. n. 4. P.276-289. 2010. DOI: [10.2190 / OM.61.4.b](https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b). Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21058610/>>. Acesso em: Jan.de 2020.

WORDEN.J.W. **Terapia do Luto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

