

Coletânea ConexãoPsi

Dados internacionais de catalogação na publicação
Bibliotecária responsável: Mara Rejane Vicente Teixeira

Manual de tanatologia / Joyce Mara Kolinski
Fischer ... [et al.]. - Curitiba : Gráfica e Editora
Unificado, 2007.
57 p. : il. ; 20 cm.

1. Tanatologia. 2. Morte. I. Fischer, Joyce Mara Kolinski.

CDD (21ª ed.)
128.5

Designer Responsável: Leandro Roth

Designer Gráfico: Cristiane Borges

Ilustrações: Vicente Sledz e Cristiane Borges

Impressão e acabamento: Artes Gráficas e Editora Unificado
grafica@unificado.com

Foto da Capa: Carlos Gutemberg

Todos os direitos desta edição reservados ao Conselho Regional de Psicologia -
8ª Região - Av. São José, 699 - Cristo Rei - Curitiba - PR - CEP 80050-350

Coletânea ConexãoPsi

O Conselho Regional de Psicologia, através da gestão ConexãoPsi, com sua finalidade precípua de promover a Psicologia, a Ética e a Cidadania na sociedade, vem através desta coletânea informar e orientar psicólogos e usuários dos serviços psicológicos sobre as questões administrativas, pertinentes à gestão financeira-política da categoria, e sobre as questões técnicas que atinam às práticas psicológicas.

O momento é ímpar para tal mister, uma vez que a Sociedade se debate com inúmeras questões relacionadas com o comportamento humano. A contribuição que esta coletânea pretende trazer é de ampliar o conhecimento, resgatar a história de 28 anos de lutas do CRP-08, que através do idealismo de muitos profissionais, que contribuíram e continuam contribuindo neste projeto, proporcionar subsídios e informações consistentes para a efetiva utilização da ciência e da técnica psicológica.

A entrega da Coletânea ConexãoPsi, com a série administrativa e a série técnica, é mais uma das ações concretas em direção aos objetivos com que nos comprometemos ao sermos eleitos.

A série técnica da Coletânea ConexãoPsi compõe-se, em seu lançamento, por doze títulos. E elaborada pelas Comissões do CRP-08, tem o intuito de esclarecer dúvidas e oferecer subsídios para o estudo e exercício das práticas psicológicas. Os cadernos são compostos pelo histórico, definição, utilização e objetivos dos diversos campos de atuação dos psicólogos. Desta forma, a Coletânea ConexãoPsi se propõe a ser um ponto de referência e apoio para os profissionais e estudantes de Psicologia, bem como para futuros colaboradores das Comissões. Além de serem uma importante fonte de esclarecimento para a sociedade que como usuária tem a necessidade e o direito de ter mais conhecimentos sobre a Psicologia.

A série administrativa das Coletâneas ConexãoPsi, formada por seis títulos, tem o objetivo de orientar conselheiros, colaboradores e psicólogos sobre as normas e procedimentos que norteiam a gestão do CRP-08, dentro dos princípios de transparência e democracia adotados.

Transmitir a experiência administrativa desenvolvida por nossa gestão é colaborar para que o Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região continue crescendo; é auxiliar na capacitação dos novos e futuros conselheiros, bem como firmar ainda mais a sua imagem de Instituição com Administração Ética e Competente, com responsabilidade social e fiscal.

Ao Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região cabe desenvolver políticas em prol do desenvolvimento da Profissão, da Cidadania, das Políticas Públicas, da Ética, com uma administração coerente com esses propósitos. Este foi sempre o compromisso do IX Plenário Gestão ConexãoPsi (2004-2007): muita seriedade, trabalho responsável e coerência no discurso e nas ações.

Raphael Henrique C. Di Lascio - CRP 08/00967
Conselheiro Presidente

Guilherme Azevedo do Valle - CRP 08/02932
Conselheiro Vice-Presidente

Alan Ricardo Sampaio Galleazzo - CRP 08/04768
Conselheiro Tesoureiro

Deisy Maria Rodrigues Joppert - CRP 08/1803
Conselheira Secretária

IX Plenário CRP-08
Gestão ConexãoPsi 2004-2007

IX Plenário CRP-08

Gestão ConexãoPsi - 2004/2007

Conselheiros Efetivos

Curitiba

- Raphael Henrique C. Di Lascio - CRP 08/00967
Conselheiro Presidente
- Guilherme Azevedo do Valle - CRP 08/02932
Conselheiro Vice-Presidente
- Alan Ricardo Sampaio Galleazzo - CRP 08/04768
Conselheiro Tesoureiro
- Deisy Maria Rodrigues Joppert - CRP 08/1803
Conselheira Secretária
- Aldo Silva Junior - CRP 08/00646 (*in memorian*)
- Tonio Dorrenbach Luna - CRP 08/07258
- Thereza Cristina de A. Salomé D'Espíndula CRP 08/04776

Londrina

- Sérgio Ricardo B. da Rocha Velho - CRP 08/07140

Maringá

- Rosemary Parras Menegatti - CRP 08/03524

Cascavel

- Fabiana da Costa Oliveira - CRP 08/07072

Foz do Iguaçu

- Flávio Dantas de Araújo - CRP 08/05993 (*in memorian*)

Conselheiros Suplentes

Umuarama

- Rosângela Maria Martins - CRP 08/01169

Campos Gerais

- Marcos Aurélio Laidane - CRP 08/00314

Londrina

- Denise Matoso - CRP 08/02416

Curitiba

- Eugênio Pereira de Paula Junior - CRP 08/06099
- Caçan Jurê Cordeiro Silvanio - CRP 08/07685

Série Técnica - Manual de Tanatologia

Autoras

Joyce Mara Kolinski Fischer - CRP 08/07613

Lucia Regina Terlizzi de Araújo - CRP 08/10582

Solange do Carmo Bowoniuk Wiegand - CRP 08/03266

Thereza Cristina de Arruda Salomé D'Espíndula - CRP 08/04776

Prefácio

No caminho que traçamos na discussão dos temas ligados à Tanatologia, contamos muitas vezes com a companhia do pediatra Luis Carlos Blegger Torres. No ano de 2000, durante o Congresso Internacional de Psicanálise e Clínica de Bebês, participamos da mesa-redonda “A equipe de saúde, a família e a morte do bebê: processos de luto”. Luis Carlos comentou que recolhera mais de 200 definições sobre a morte. Depois perguntou aos pacientes de sua clínica, crianças com mais de oito anos, o que era a morte. Ouvia que era a ausência de vida. Considerou que, na simplicidade da criança, estava a boa definição e a ela acrescentou outras oito, abrangendo conceitos clínicos.

Na tarde de hoje o amigo pediatra partiu e, ao escrever este prefácio, penso na expressão: ausência de vida. Na minha infância, foi através dele que soube que se podia ficar órfão. Um pai podia morrer. Meu colega de turma e filho de minha professora perdera o pai. Quando nos encontrávamos, comentamos estes fatos como marcantes em nossas vidas. Dimensões diferentes, com certeza, mas presentes no nosso percurso profissional.

Aqui o paradoxo se instala: o que é a vida? Para a criança, para o adulto, para os poetas, para religiosos, para profissionais, para os suicidas, para os idosos, para os amantes, para os amigos...

A vida como finitude e a morte como inexorável, sempre singulares para cada sujeito e para cada cultura. Psicanaliticamente para cada sujeito, o significante vida e o significante morte, remete sucessivamente a novos significantes, a histórias e estórias de vida. A morte biológica nem sempre sendo a mais temida, mas o abandono, a separação, a dor psíquica, assim como a física, também marcam as vidas como perdas irreparáveis. Cicatrizes e traços indelévels marcando as histórias transgeracionais.

Encontros reestruturando vidas, palavras semeando a vida; silêncio e escuta gerando companheirismo e reduzindo a solidão, mas permitindo que no silêncio a vida seja ouvida; retomada do trabalho devolvendo a vida.

Morrer e renascer tantas vezes. Aos profissionais de saúde a tarefa de observar e acompanhar este entrelaçamento de vida e morte, este desnudamento da morte avançando sobre a vida. A morte psíquica adoecendo os corpos, os corpos doentes que ainda buscam vida.

Respeitar o livre arbítrio eticamente, conviver com a distanásia e o aborto numa escuta da liberdade e responsabilidade dos sujeitos para consigo e para com o outro. E nós profissionais numa compreensão da espiritualidade do

humano, não de todos, respeitarmos as crenças de cada paciente ou analisante, mediando seus limites, junto às famílias e às equipes e, por outro lado, os limites dos sujeitos que fazem parte das equipes e seu enfrentamento da morte, nem sempre sereno e solidário.

Para que isso seja cada vez mais viável e freqüente, aqui está uma proposta de atuação e reflexão da Comissão de Tanatologia do Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região. Aqui segue meu agradecimento ao pediatra que aceitou ser nosso companheiro na implantação da Tanatologia no meio médico curitibano.

Se morte é ausência de vida, a presença que fica pode também ser a ausência de uma certa morte. Daquela do corpo, mas não da memória de vida inscrita na história do grupo.

Vânia Regina Mercer
CRP-08/00508

Curitiba, 18 de abril de 2007.

Sumário

1. Introdução	13
2. Conceitos	17
2.1 Morte	17
2.2 Perdas	17
2.3 Luto	17
3. Tanatologia e a Prática do Psicólogo	19
3.1 Na escola	19
3.2 Na empresa	20
3.3 Na clínica	21
3.4 No hospital	23
3.5 Na saúde Pública	26
3.6 Esporte	32
3.7 Jurídica	33
3.8 No trânsito	34
4. Tanatologia em Interface com outras Ciências	39
4.1 Medicina e Enfermagem	39
4.2 Fisioterapia	41
4.3 Terapia Ocupacional	42
4.4 Bioética	43
4.5 Odontologia	46
4.6 Educação	47
4.7 Ciências Humanas	48
5. Conclusões	51
6. A Comissão de Tanatologia do CRP-08	53
Referências	55
Filmografia	57

1. Introdução

Vivemos de perder e abandonar, e de desistir. E mais cedo ou mais tarde, como maior ou menor sofrimento, todos nós compreendemos que a perda é, sem dúvida, uma condição permanente da vida humana. (Viorst,1988)

A palavra Tanatologia tem sua origem no idioma grego na união dos radicais Thanatos e Logos. Na mitologia grega, Thanatos era uma entidade masculina, representativa da morte. Filho da noite e irmão do sono, era constantemente representada com asas, tendo nas mãos uma foice, uma urna cujo conteúdo provável era de cinzas e uma borboleta, como esperança de uma nova vida. Quanto a Logos, significa estudo. Assim, o significado de Tanatologia poderia ser o de estudo da morte. O dicionário Houaiss coaduna com essa idéia quando apresenta uma das definições como “teoria ou estudo científico sobre a morte, suas causas e fenômenos a ela ligados”.

No entanto, estudos realizados nas últimas décadas deixam clara a possibilidade de estender esta definição inicial. Ampliando a perspectiva, podemos dizer que a Tanatologia estuda a morte, os processos de morrer, o luto e as perdas.

Paulatinamente, a Tanatologia vem ocupando seu espaço sem, contudo, fazer parte de um ramo específico do conhecimento. Posiciona-se, então, como uma ciência capaz de auxiliar e permear outras ciências, dando-lhes suporte, absorvendo-as em parte e, em parte, articulando esses saberes. Destacam-se como mais ligadas à Tanatologia as áreas de ciências da saúde e de ciências humanas, por se defrontarem amiúde com o tema.

A Tanatologia como ciência tem como objetivo geral estudar os processos do morrer e do luto. Como alguns dos objetivos específicos, podemos citar:

- ▶ Evidenciar as manifestações da dicotomia vida e morte os quais se revelam a cada instante do desenvolvimento humano, bem como no momento único da morte;
- ▶ Reconhecer, nas etapas do desenvolvimento humano, as vivências necessárias de perdas e também de ganhos;
- ▶ Abordar particularidades do processo de morrer para auxiliar a compreensão daqueles que com ele se defrontam;
- ▶ Identificar meios de lidar e avaliar a dor psíquica e as dificuldades impostas pela morte.

A morte, o luto e as perdas, bem como a forma com que são vivenciados, dependem sempre de um contexto. Podem vir à tona um sem número de emoções, a curto, médio e longo prazos, as quais acabam por merecer atenção e, em alguns casos, tratamento. As emoções humanas, presentes desde sempre, ainda têm um longo caminho a trilhar antes de serem completamente decifradas. O conteúdo humano subjetivo, aliado a um contexto histórico-cultural, faz desta uma complexa tarefa.

No presente manual, temos o objetivo de mostrar os conceitos e a aplicabilidade da Tanatologia no trabalho do psicólogo em suas diversas áreas de atuação, acrescentando à visão do ser humano, uma dimensão da finitude.



2. Conceitos

2.1 Morte

Com o decorrer do tempo na cultura ocidental, o fenômeno morte vem assumindo cada vez mais uma conotação de algo “não natural”, encarado pela sociedade com certo preconceito, como algo impronunciável ou no qual não se fizesse necessário pensar. Assim, para as equipes de assistência, a morte acaba por assumir um caráter de fracasso, como se fosse responsabilidade de alguém da equipe impedi-la.

A morte acarreta rompimento de vínculos, perda de papéis e um luto de duração variável, do qual falaremos em detalhes mais adiante.

2.2 Perdas

São fenômenos que ocorrem inúmeras vezes ao longo da vida de cada indivíduo, não necessariamente ligados à morte. Costumam despertar sensações de angústia, medo e solidão, análogas à morte, e contém em seu bojo sofrimento, dor e tristeza. Mesmo as perdas de pequeno porte costumam precisar de um tempo para serem elaboradas.

Como exemplos, podemos citar as perdas por separação, perdas de emprego, perdas advindas das diversas fases do desenvolvimento e as mudanças (de residência, de cidade, de escola etc.). As escolhas, visto que quando se opta por alguma coisa abre-se mão de outra, também representam perdas em si mesmas.

A maneira como reagimos às perdas é influenciada por vários fatores, como a faixa etária, o desenvolvimento cognitivo e emocional, as circunstâncias da perda, a dinâmica familiar (a forma com que o paciente está inserido no contexto familiar e os papéis exercidos pelos membros da família), a cultura e os fatores sociais. Também tem papel importante o tipo de relação prévia do indivíduo com o próprio corpo.

2.3 Luto

O estudo do luto passa pelo aprofundamento do conceito de subjetividade, já que as representações da vida e da morte para o indivíduo têm a ver com a particularidade de suas vivências. Denomina-se luto a reação a uma perda e representa uma reação natural a esta, seja ela real ou simbólica. Para que haja o processo de elaboração de uma perda, é imprescindível o aparecimento do luto.

O luto é tanto um processo de abandono de esquemas conhecidos quanto de aprendizagem de novos esquemas. Ele se compõe por fases não-lineares que podem ser aqui enumeradas: uma reação de choque ou torpor; a negação (aqui definida como a defesa a uma informação que não é possível absorver imediatamente); a raiva; a barganha (momento em que há uma tentativa de negociação); a depressão (tristeza pela perda, pesar), e a aceitação que vai levar o indivíduo a organizar a vida com a nova realidade.

Quando o luto termina de forma natural após algum tempo, dizemos que ali houve um luto bem elaborado. Quando, pelo contrário, tem uma duração longa, acompanhado de um estado depressivo, doenças, contínuo desconforto e aumento na dificuldade para lidar com perdas subseqüentes, dizemos que há um luto de difícil elaboração. Enquanto que no primeiro tipo nem sempre é necessária a intervenção de um profissional, no segundo tipo considera-se imprescindível, visto que este tende a se tornar um obstáculo para o desenvolvimento pessoal. Perdas posteriores a um luto, cuja elaboração tenha sido difícil, freqüentemente não encontram espaço para serem elaboradas, fragilizando ainda mais o estado emocional do indivíduo.

Os conceitos aqui levantados têm como pressuposto básico que cada situação de perda compõe-se de alguém ou algo que foi perdido e alguém que lamenta essa perda, vivenciando, por isso, um processo de luto. Dizemos que o luto está finalizado ou elaborado quando a presença do objeto perdido é internalizada, havendo paz e espaço disponível para outras relações.

Torna-se importante para o trabalho de luto o exercício de reflexão e avaliação das experiências de perdas e ganhos ao longo da vida. É importante trazer à consciência o sentido e o valor daquilo que se perdeu, os sentimentos e as sensações, além de explorar e desvendar o que foi tomado como próprio na relação estabelecida com objeto perdido.

3. *Tanatologia e a Prática do Psicólogo*

3.1 *Na Escola*

Por uma questão cultural, os estabelecimentos de ensino não estão acostumados a concentrar atenção na Tanatologia. É importante lembrar, porém, que todos os que os freqüentam passam por momentos de lutos e de perdas.

A escola pode ou não funcionar como um local de acolhimento às vivências de luto dos alunos, dependendo da disponibilidade e capacitação dos professores e funcionários. Sem sombra de dúvida, tais vivências vão, inevitavelmente, aparecer no dia-a-dia escolar. A qualquer momento, por exemplo, um funcionário pode não ter conseguido a promoção que aguardava; um membro do corpo docente pode estar passando por um processo de separação, um aluno adolescente pode estar enfrentando as perdas relativas a esta fase.

A instituição escola, com todos os seus meandros, está localizada dentro da sociedade e da cultura. Assim sendo, o saber e o fazer da cultura em relação à morte e ao luto tem grande influência sobre o saber e o fazer da escola com relação a essas questões.

Desta maneira, os professores dentro da escola encontram-se entre o saber e o fazer da cultura em relação à morte e às vivências dos alunos. Se por um lado, a morte é um assunto tabu e deve ser ocultada, por outro, situações de perda fazem parte do cotidiano dos alunos e se refletem em sua vivência escolar. Nesse contexto, a posição ocupada pelos professores pode ser muito mais delicada e se tornar ainda mais complicada pelo despreparo.

Como já mencionado, não só a morte se compõe de objeto de estudo da Tanatologia. O aluno que muda de escola; aquele que deixa as séries iniciais e/ou a professora maternal; o novo coordenador etc., são apenas algumas das situações nas quais a Tanatologia se envolve. É preciso um preparo por parte da escola para acolher pelo menos as situações mais evidenciadas de perdas, nas quais o indivíduo com ela envolvido acaba por comprometer, também, seu desempenho escolar. Quando há essa atenção as conseqüências para o indivíduo e para aqueles com quem ele se relaciona tendem a ser bem menores, diminuindo, inclusive, o tempo de elaboração do luto.

Naturalmente, isso exige um esforço de cada membro da equipe, acolhendo as manifestações emocionais – verbais ou não – do indivíduo sem se desviar do assunto, pelo contrário, incentivando-o a vivenciar o conflito e, por fim, processar o seu luto.

Também cabe à escola perceber quando um processo de luto tem uma difícil elaboração e encaminhar o indivíduo para as mãos de profissionais que possam auxiliá-lo de forma mais objetiva. Dentre estes, mas não somente ele, temos o psicólogo.

3.2 Na Empresa

O psicólogo organizacional e do trabalho atua em atividades voltadas ao desenvolvimento organizacional como membro efetivo de uma empresa ou como consultor organizacional.

Seu trabalho envolve desde o recrutamento externo de candidatas a uma vaga, a seleção, o acompanhamento da produtividade funcional, a avaliação de desempenho, a realização pessoal até o desligamento dos mesmos. Trabalha com o desenvolvimento do pessoal, através de programas de treinamento; iniciando com a adaptação funcional na empresa, através de um módulo de integração; passando pelo treinamento em serviço; programa de desenvolvimento no próprio cargo; programa de movimentação pessoal com novos cargos; programa de demissão voluntária e preparação para a aposentadoria, sendo que nestes dois últimos colabora na preparação de novos objetivos e novos projetos de vida. Subsidiária a área de Recursos Humanos, no que tange à promoção, avaliação de desempenho, recrutamento interno, movimentação de pessoal e remuneração de carreira. Atua em parceria com o Serviço Social, Medicina e Segurança do Trabalho, através da observação de níveis de prevenção, reabilitação e promoção da saúde, fornecendo aspectos psicossociais que proporcionem melhores condições de trabalho ao empregado.

Atualmente, somente as grandes empresas, especialmente as de origem multinacional e as estatais ou mistas, têm implantado programas voltados à área de Tanatologia, ainda que esta terminologia não seja utilizada por elas.

Normalmente, o psicólogo é acionado quando se percebe que há algum comportamento tido como “fora do padrão empresarial”. Aí se encaixam as ausências freqüentes, a improdutividade, o desajuste na função por problemas de saúde (seja por acidente de trabalho ou não), a desmotivação e a depressão.

Pode-se citar no meio bancário, o atendimento grupal ou individual àqueles funcionários que sofreram assalto e que tiveram a sua perda de liberdade, mesmo que temporária.

Em se tratando de reorientação de carreira, o objetivo principal do psicólogo é amenizar o sofrimento provocado pela ruptura entre o funcionário e o que ele faz no cargo atual, ajudando a identificar novas frentes de trabalho, no qual o seu potencial possa também ser aproveitado.

O psicólogo, conjuntamente com os demais profissionais da saúde, trata de programas voltados para a reabilitação funcional, no sentido de resgatar o respeito e dignidade daqueles que tiveram uma interrupção na vida profissional, devido, por exemplo, à drogadição, compulsão por jogos com perda financeira e conseqüente perda familiar; problemas de saúde como a AIDS, o câncer, a lesão por esforços repetitivos, etc.

Pode-se citar, ainda, aquelas empresas que se preocupam com a futura qualidade de vida, daqueles que estão prestes a se aposentar, não deixando que o sinônimo de aposentadoria seja “crise de identidade” e que o aposentado não seja visto como um inútil. Para isso, o psicólogo organizacional e do trabalho elabora um Programa de Preparação para a Aposentadoria, dando inúmeras alternativas para a nova vida que está para se iniciar. Há também as empresas onde se dispensa apoio e atendimento aos familiares do empregado falecido, mas essas são mais raras de serem encontradas.

Nem todas as empresas, porém, preocupam-se ou têm condições de trabalhar com o acima citado. São as que possuem um número reduzido de funcionários e nem sempre podem contar com a presença de um psicólogo. Na maioria das vezes, é o próprio funcionário do setor de Recursos Humanos quem detecta e tenta resolver o problema, da melhor forma possível. Sua posição, no entanto, é muito delicada, pois este não costuma ter um preparo para enfrentar determinadas situações emergenciais. Resta-lhe saber para onde e como encaminhar o funcionário para um atendimento especializado na área psicológica, pois o mais importante nesse momento é que o quadro funcional não seja desassistido de modo algum.

3.3 Na Clínica

Nos meandros da prática clínica nos deparamos freqüentemente com questões relacionadas a perdas e lutos, que podem estar apontadas explícita ou implicitamente na queixa inicial daqueles que procuram um tratamento psicológico.

Atualmente, tem se observado um aumento significativo de casos cuja problemática refere-se a um aceno à morte. Entende-se por morte, não apenas a morte física, mas diferentes formas de interrupções da vida. A incidência de fenômenos, como transtornos alimentares, tentativas de suicídio, depressão, solidão e violência, apontam para esta problemática.

Desde o seu nascimento, o ser humano se defronta com perdas que fazem parte do seu processo de desenvolvimento. Muitas destas perdas são vivenciadas naturalmente, sem que seja necessária uma intervenção profissional.

No entanto, podem acontecer, em alguns momentos, complicações por interferência internas ou externas. Por exemplo: o momento de entrada na escola, em que a criança vai vivenciar uma separação do grupo familiar e principalmente da mãe, pode ocorrer sem qualquer complicação ou apresentar sintomas. Tais sintomas como perturbação do sono, falta de apetite e outras queixas, quando muito acentuados e prolongados, necessitam de uma intervenção. Podemos situar aqui um processo de luto.

Queixas freqüentes de solidão nos remetem a uma realidade da sociedade atual, a superficialidade, a transitoriedade e a busca incessante pelo sucesso atingem o campo das relações interpessoais. Falar de morte, perdas e lutos torna-se um tabu, como bem nos lembra Hennezel:

O tabu da morte é um tabu da intimidade. Com efeito, se começamos a observar a realidade da morte é para as profundezas de si que o olhar se dirige. E é essa interioridade que nossa sociedade evita e dissimula tanto quanto pode... (Hennezel, 1996)

Trabalhar comportamentos autodestrutivos é uma tarefa difícil na clínica. Sobretudo, quando se trata de suicídio, contempla-se uma gama muito complexa de comportamentos, gerando dificuldades em diferenciá-los de acidentes, acidentes, homicídios, doenças, etc.

Deve-se sempre levar em conta, ao se trabalhar com comportamentos autodestrutivos, a intencionalidade e a letalidade do ato, questionando se aquele indivíduo quer mesmo morrer ou que mensagem pode estar colocada no seu comportamento. Deve-se diferenciar o desejo de morrer, o de matar e o de ser morto.

No entanto, diferentemente do que no suicídio, Kóvacs ressalta que:

Processos autodestrutivos crônicos são processos lentos, provocados por tendências inconscientes como é o caso de certas doenças psicossomáticas e toxicomanias. Nestes casos, não se observa um risco tanatogênico imediato. (Kóvacs, 1992)

Outra questão freqüente na clínica é a dependência química. Dependentes e/ou suas famílias surgem em busca de uma ajuda, com uma carga de perdas e lutos bastante grande. Para a família, perdeu-se já o filho (marido, esposa, etc.) conhecido e estimado, o sossego familiar, objetos de valor, dentre outros. Para o dependente, perdeu-se a auto-estima, alguns amigos, a autonomia, o respeito e, muitas vezes, a vergonha de agir sem levar em conta o outro.

No caso da dependência química podemos analisar dois aspectos em relação à Tanatologia. O primeiro refere-se ao processo autodestrutivo, como se fosse um lento suicídio, que pode levar anos para se concretizar, que nos remete a questões acerca da maneira como o sujeito lida com sua vida e que recursos ele tem para elaborar e lidar com perdas e frustrações. O segundo aspecto é o das perdas sociais e emocionais decorrentes do abuso e da dependência de certas substâncias químicas. Temos aqui o afastamento da família, por vezes a perda do emprego, dívidas, etc. que, de outra forma, vai colocar o sujeito diante de processos de luto que necessitam de elaboração diante do sentimento de culpa frente a estas perdas.

O espectro das demandas na clínica vem se modificando, acompanhando as alterações da sociedade. Numa sociedade que privilegia o sucesso, a busca por satisfações imediatas e, ao mesmo tempo, nega a morte, deparar-se com limitações, perdas e frustrações torna-se motivo de intensa angústia.

3.4 No Hospital

Lidar com pacientes é uma tarefa que exige um grande desprendimento e capacidade de suportar frustrações e dor no entrechoque constante entre a vida e morte, que se passa no corpo e na mente destes pacientes. É um dos trabalhos mais difíceis, seja do ponto de vista médico, seja psicológico, familiar ou social.

A ciência da Psicologia da Saúde parte da uma premissa fundamental que corpo e mente se influenciam reciprocamente. O psicólogo tratará das representações que o indivíduo tem da sua doença, ocupando-se de toda a simbologia ligada ao que cada pessoa vivencia no seu processo como um todo.

A imagem do nosso corpo não se estabelece a priori, mas a custa de nossa percepção, que vai registrando modelos de postura que se modificam constantemente a partir de manifestações emocionais. É com o corpo que o indivíduo fala e se defende; com o corpo ele obtém atenção e cuidados; com o corpo ele exprime seus desejos e fantasias; com o corpo ele enfrenta as situações estressantes e provavelmente com o corpo também ele se culpa.

A assistência psicológica tem importantes contribuições a fazer na mobilização do paciente para o autocuidado e a adesão aos esquemas terapêuticos, bem como na compreensão de aspectos subjacentes a seu comportamento e motivação. Pode ser de inestimável ajuda na abordagem de sintomas psicossomáticos, a orientação do paciente e sua família e no trabalho com a equipe, bem como no desempenho de sua atribuição mais (re)conhecida: a Psicoterapia, adaptada às circunstâncias e ao contexto institucional. A opção do psicólogo, por determinadas formas de atuação ou procedimentos metodológicos, não deve depender somente de sua formação técnica, mas fundamentalmente dos contornos da realidade.

A patologia no homem sempre deve levar em conta a dimensão simbólica de que é constituído, o que impõe o conhecimento dos aspectos psicossociais do doente. Ao entrar no hospital, o paciente se coloca nas mãos de uma equipe de desconhecidos, gerando fantasias quanto às intervenções que nele serão realizadas. O ambiente hospitalar o mantém longe de seus entes queridos, de sua casa, de seus pertences, seu trabalho e sua privacidade. Estados depressivos podem surgir, gerados por estas situações, além dos aspectos físicos e de sobrecargas emocional e financeira.

Ouvir o paciente, por exemplo, pode representar uma parte essencial do apoio que ele necessita. O enfermo encontra-se freqüentemente assustado com sua doença, com a situação de dependência que esta lhe confere, muitas vezes sentindo-se inoportuno e incômodo. Freqüentemente trabalhoso no ambiente familiar, este tem afinal alguém que não só escuta suas queixas, mas que ainda as valoriza de forma intensa, detendo-se em aspectos nos quais até então eram considerados desagradáveis.

Também é parte do trabalho do profissional psicólogo acompanhar o processo do paciente e dos familiares com o objetivo de possibilitar e facilitar a expressão de sentimentos, identificando a fase em que transitam – paciente e família – para melhor intervir. Os sentimentos do paciente e de seus familiares são diversos e muitas vezes, contraditórios. Expressá-los, compreendê-los, aceitá-los como parte de um processo inevitável, porém natural, favorece uma boa adaptação à nova realidade.

A eficiência do trabalho vai depender de algumas condições básicas, com as quais podemos traçar o perfil psicológico necessário para obter um resultado de qualidade. Dentre elas podemos citar o conhecimento dos problemas específicos do paciente e dos procedimentos a que será submetido. Tais informações técnicas devem ser intercambiadas por toda a equipe, oportunizando assim uma troca de experiências complementares entre a própria equipe. Também é de fundamental importância procurar manter o paciente no “aqui e agora” dos procedimentos.

Devemos ressaltar uma importante mudança no panorama geral do atendimento hospitalar ao longo da história. Inicialmente, o hospital funcionava como um “depósito” de doentes pobres, pois os que tinham boas condições financeiras faziam seus tratamentos em casa. Além disso, as pessoas eram acometidas com maior freqüência por doenças fulminantes, que levavam à morte rapidamente.

Na área da saúde percebe-se uma mudança no panorama de doenças que têm ligação com o desenvolvimento e o progresso. Sabe-se hoje que, em países mais desenvolvidos, as pessoas são acometidas com maior freqüência por doenças

crônicas, que demandam tratamentos longos e uma permanência maior na instituição hospitalar. A evolução tecnológica nos permite tentar a cura ou pelo menos manter vivo por mais tempo um paciente com uma doença grave, além do significativo aumento da expectativa de vida.

Tratamentos longos podem significar um relacionamento longo com a equipe de saúde e com a instituição. Assim sendo, defrontar-se com a morte de um paciente pode ser bem mais doloroso quando já se tem um longo relacionamento com ele e com a família. Esta é, hoje, uma realidade nas instituições hospitalares. Pacientes de câncer, por exemplo, podem passar cinco ou seis anos em tratamento. O câncer, como qualquer doença incurável ou de cura incerta, acaba por gerar profundas marcas emocionais. Sobretudo, porque em geral conduz o paciente ao chamado estágio de “doença terminal” e ao enfrentamento cara a cara dos dilemas da morte e do morrer.

Apesar de um desenvolvimento tecnológico fantástico a medicina ainda se defronta com pacientes aos quais não pode curar, mesmo com longos anos de tentativas, e com patologias que ainda não consegue solucionar, como a Doença de Alzheimer, por exemplo. Desta forma, coexistem dentro do hospital situações de cura e “vitória” e situações de impossibilidade e “fracasso”, que exigem um preparo especial da equipe de saúde onde o psicólogo pode dar uma importante contribuição, principalmente auxiliado pelo conhecimento em Tanatologia.

Dotada de instrumentos metodológicos e estatísticos, capazes de beneficiar as técnicas de investigação e avaliação de possibilidades terapêuticas, a medicina torna-se cada vez mais científica. É dentro desse contexto que os médicos tiveram que se defrontar com uma doença que não controlavam, com doentes graves que morriam, com uma medicina paliativa e com sua impotência na cura. O fenômeno epidêmico da AIDS surge em plena era tecnológica responsável pelos progressos espetaculares na medicina. A AIDS coloca em evidência esse paradoxo e instala profundas mudanças na Medicina e na relação médico-doente. A falta de saber do médico sobre a doença e a impotência que isso acarreta são fatores essenciais na transformação dessa relação. Como parceiros engajados nessa luta, paciente e médico deverão avaliar os efeitos terapêuticos do tratamento repartindo, portanto, o saber e também o não saber. A palavra do paciente passa a ter um lugar de interesse para o médico.

Na AIDS o componente de marginalização que atinge as pessoas doentes é intenso. Daí resulta o fato de existirem em praticamente todos os países regulamentações éticas para proteger pessoas portadoras de HIV e com AIDS, visando garantir-lhes os direitos humanos fundamentais. Além disso, o controle da epidemia toca a área da sexualidade pelo seu modo de transmissão, adentrando assim no campo do desejo e do gozo. Assim sendo, para se tratar o corpo há que se levar em conta a subjetividade e o desejo.

A distância que vai se abrindo entre o querer do sujeito doente e o que a doença lhe deixa de possível na relação com o outro e nos seus projetos de vida obriga a uma tomada de posição. Para os médicos, esse é um momento crucial e a pergunta “Para que essa vida?” não pára de lhe ocorrer. A questão torna-se ética.

O lugar da angústia diante da morte fica vago no tratamento médico-hospitalar. O profissional “psi” é chamado num apelo diante da angústia anunciada como a do doente, embora esta seja também da equipe de saúde.

3.5 Na Saúde Pública

Antes de falarmos de saúde pública ligada à Tanatologia, seria importante conhecermos um pouco a sua trajetória em nosso país e no resto do mundo ocidental.

A partir do século XVIII, desenvolve-se o capitalismo, fase em que o binômio saúde-doença muda com maior velocidade. Até então a ciência acumulara conhecimento, intenso desenvolvimento do potencial humano e um aperfeiçoamento dos mecanismos de dominação com desigual acumulação de riquezas, estreitando a relação de exercício de poderes econômico e político. A medicina, racional e objetiva, é dominada pela burguesia. Sua busca de sinais de doença nos corpos, agora permitida, faz evoluir o conhecimento do organismo humano. Com o trabalho cada vez mais complexo, cria-se a interdependência e a divisão de trabalho. O corpo assume novos significados e valores, tornando-se uma mercadoria, forma de prazer ou de poder. A Medicina vai preservar a força de trabalho e transformar-se em objeto de consumo. Quando destinada aos setores populares, difere o nível de qualidade. Quando destinada aos trabalhadores, mantém a produção. Quando destinada às classes dirigentes, privilegia as condições físicas, a estética e os prazeres da vida.

Posteriormente à Revolução Industrial e baseado na divisão do trabalho, surge na era moderna o conceito de “corpo social”. A saúde pública aparece quando esse conceito se completa, quando a sociedade adquire suficiente grau de complexidade e de organização para incorporar todos os grupos sociais.

Dentro dessa nova noção de corpo social, a saúde pública lança um olhar a partir de diagnósticos qualitativos. A princípio prossegue analisando a origem e a distribuição das doenças e, à medida que se agravam alguns dos problemas de saúde devido mesmo à industrialização e ainda novos problemas surgem, assume um olhar social. A partir daí surgem também novas formas de assistência com o corpo social passando a ser uma reclamação dos indivíduos e a saúde uma reclamação da sociedade.

No Brasil, por muitos séculos, não existiam políticas públicas que tomassem conta deste setor. Quando tais políticas começaram a surgir, ainda eram limitadas. O atendimento na área de saúde possuía, inicialmente, um funcionamento que privilegiava os segmentos da sociedade com maior poder aquisitivo, sendo assim proporcional ao que se podia pagar por ele.

Por volta do período de 1930 e 1940, as políticas sociais se desenvolveram dentro de uma estratégia de incorporação de segmentos da classe média e trabalhadores urbanos à cidadania e às políticas sociais as quais começaram a gerar forte impacto e visibilidade no projeto nacional, embora não tenham conseguido eliminar a pobreza e fazer uma distribuição mais equilibrada da renda.

No início da ditadura, a maior parte dos trabalhadores e sindicatos não questionava o regime autoritário, nem reivindicava a ampliação do poder da cidadania no que diz respeito à gestão ou à busca de um modelo mais equilibrado nas políticas sociais. Nesse período, os grupos sindicais mais organizados tinham um acesso mais direto ao poder Executivo do Estado e, em virtude deste privilégio, foram criadas as principais organizações de políticas sociais da época.

A partir da ditadura, caminhava-se na direção de uma cidadania regulada e não de uma cidadania plena. Isto significa dizer que a cidadania vigente tinha um caráter parcial e localizava-se na articulação entre a política de governo e o movimento sindical. Neste contexto, as instituições públicas que se ocupavam da assistência médica, habitação, previdência etc., atendiam a população como uma concessão do Estado e não como um direito dos cidadãos.

Os direitos sociais da população estavam subordinados ao sistema de Previdência Social. Ou seja, eram considerados cidadãos apenas aqueles que se ocupavam de algum trabalho reconhecido pelo governo e que contribuíam com a previdência social. Assim, a condição de cidadão estava ligada à contribuição da previdência social e era necessário ter carteira assinada para isso. Dessa forma, estavam excluídos da condição de cidadão todos aqueles que se ocupavam de trabalhos não reconhecidos pelo governo e que não estavam sob a organização sindical. Nesse grupo estavam todos os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos informais. Todas essas pessoas estavam impossibilitadas de usufruir os serviços públicos de saúde, e até mesmo das reivindicações relativas à renda, a salários e a outros benefícios sociais.

Durante muito tempo houve uma forte resistência do Estado em reconhecer os direitos trabalhistas daqueles que não tinham um trabalho regulamentado e reconhecido pelo governo. Contudo, uma pressão contra a manutenção desta estrutura de privilégios e uma necessidade de expansão dos direitos sociais foi constante e estes conflitos levaram à promulgação de uma lei: a Lei Orgânica da Previdência Social que surgiu em 1960 e uniformizou os serviços e benefícios prestados pelo sistema previdenciário brasileiro.

O Regime Autoritário, que foi instaurado com o Golpe Militar de 1964, alterou a ordem democrática do país, afetou as atividades sindicais e o funcionamento dos partidos políticos.

Nesse momento da história de nosso país, o acesso aos serviços de saúde estava restrito àqueles que pudessem pagar por eles, pois assim o governo poderia acumular capital. Isto resultava em uma apropriação desigual das políticas públicas por parte da população. Ou seja, as políticas públicas se tornaram menos públicas ainda. Assim, entre os anos de 1964 e 1973 a mortalidade infantil cresceu muito, o que indicava uma mudança para pior na cobertura das políticas sociais.

A homogeneidade da tendência ao aumento da mortalidade infantil e o fato de ela se verificar ao longo de um período considerável demonstravam uma queda no padrão de vida, pelo menos para a população das cidades maiores. Isso, juntamente com a concentração de renda, indicava a degradação das condições sociais da população o que levou a uma progressiva piora nos níveis de saúde.

Finalmente, a falência do modelo militar, no que diz respeito à assistência da população, confirmou-se quando o Estudo Nacional de Despesa Familiar revelou que o problema alimentar no Brasil era quantitativo e que importante parcela da população se alimentava pouco e estava gravemente desnutrida. Então, no governo Geisel a preocupação com o social configurou-se como uma preocupação na expansão da cobertura das políticas sociais.

A desorganização política e social imposta pelos governos militares criou na sociedade estímulos a outras formas de solidariedade social, o que possibilitou a emergência de um sistema de valores centrado na defesa da cidadania universal, direito ao trabalho e à justiça. Essa crítica da sociedade ao autoritarismo mostrou, sobretudo nos anos setenta movimentos sociais que envolviam trabalhadores, médicos, intelectuais, moradores e minorias. Esse contexto de mudança de valores e aumento da pressão das elites e dos movimentos sociais urbanos, em favor de um maior equilíbrio social e de serviços sociais, forçou a inovação no campo das políticas públicas. A política governamental precisou se distanciar da lógica da viabilidade econômica, que visava a produção de riquezas pelo estado, e ampliar consideravelmente a inclusão do setor social em projetos de desenvolvimento econômico.

Começou a acontecer, então, uma universalização das políticas sociais. Neste processo de universalização a assistência médica recebeu mais atenção e incremento que os demais benefícios, chegando a contemplar, enfim, trabalhadores que não contribuía com a previdência social.

As transformações no setor continuaram a acontecer na década seguinte (80). Aconteceu no ano de 1980 uma Conferência Nacional de Saúde, na qual foi lançado o Programa Nacional de Serviços Básicos. As transformações con-

tinuaram durante toda a década e culminaram com a Constituição Federal de 1988, considerada a Constituição Cidadã por causa de suas grandes inovações conceituais e pela ampliação dos programas abrangentes de proteção criados nos anos anteriores.

Surge neste momento o projeto de Sistema Único de Saúde (SUS). Os pressupostos deste sistema são descritos na Constituição de 1988 como parte do capítulo da seguridade social. Aparecem logo em seguida (1990) a Lei 8.080 (dis põe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) e a Lei 8.142 (define a participação da comunidade nos serviços de saúde).

A partir daí, o setor de saúde, que até então era marcado pela desigualdade, passa por um processo de descentralização (que facilita a democratização das decisões e da participação), universalização do atendimento, equidade (que visa à igualdade de oportunidades na saúde) e integralidade (que dá destaque para as ações preventivas).

O modelo assistencial proposto pelo SUS baseia-se na concepção de saúde-doença como processo e em um novo modelo de prática sanitária. Ou seja, a saúde evolui de uma concepção negativa para uma concepção afirmativa, traduzida na qualidade de vida. Desta maneira, as práticas se deslocam do individual para a intervenção integral.

O SUS ainda é bastante marcado pelos modelos anteriores nos quais existia a separação entre ações de promoção, prevenção e cura. Isso se deve ao fato de que a implantação de um novo modelo não é apenas um processo técnico, mas sim social e político que envolve interesses e valores diversos.

Sem dúvida, é possível, seguindo os preceitos do SUS, encontrar formatos e estratégias que combinem promoção, prevenção e cura na assistência à saúde. A promoção à saúde está relacionada à qualidade de vida da população e ações que visem esta qualidade. Tem se tornado cada vez menor a distância entre estas esferas, sobretudo, entre a preventiva e a curativa.

Uma visão moderna dos programas de saúde tem uma perspectiva integradora. A prevenção tem invadido os consultórios, onde antes a ação era meramente curativa. Isso ocorre através de recomendações dietéticas e hábitos de vida. A prevenção diz respeito a um conjunto de medidas que procura antecipar-se aos eventos nocivos à saúde (como imunizações, pré-natal, educação para a saúde e outras), hoje presentes nos consultórios, unidades da saúde, escolas, etc.

Para o setor da saúde, a descentralização e o incentivo à organização e gestão locais têm introduzido a busca por alternativas gerenciais. Este setor tem como desafio, ainda, a busca de novas soluções para as dificuldades existentes até hoje.

Atualmente, já se reconhece que as atividades humanas, bem como o reflexo dos acontecimentos e o meio ambiente mantêm uma relação direta com o estado de saúde e a qualidade de vida das populações urbanas.

Uma das grandes tendências deste final de século é a mudança no perfil das populações humanas que habitam as cidades. Rápidas transformações no estilo de vida têm provocado alterações de comportamento que podem ser irreversíveis no desenvolvimento humano.

Em sua concepção atual então, saúde não é apenas sinônimo de ausência de doença; envolve condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Como resultante de forças de poder e de produção, a luta pela saúde tem também um caráter de transformação social. Como bem nos lembra Scliar,

A saúde (...) assim como outros direitos sociais, é um elemento potencialmente revolucionário e de consenso. A revolução, neste caso, deve ser entendida como instrumento essencial para a conquista da liberdade, identificada no fim da exploração do homem pelo homem e, por conseqüência, com a possibilidade de vencer a pobreza, mas também como meio de conseguir a igualdade, posta na justiça social, e de o homem desenvolver plenamente todas as suas qualidades. (Scliar, 1987)

As ações de saúde pública compreendem ações sobre pessoas e sobre o meio ambiente em relação ao seu nível de aplicação e ao grau com que envolvem o corpo social. Falar em saúde pública implica, portanto, em abranger a comunidade em larga escala; numa percepção do próprio corpo e de si mesmo como membro de uma sociedade; em trabalhar doença, dor, lutos, perdas e mortes em populações com necessidades das mais diversas naturezas e emoções algumas vezes tão pouco compreendidas que tornam o trabalho ainda mais lento e árduo.

Os profissionais de saúde envolvidos direta ou indiretamente com a saúde pública têm a responsabilidade de realizar ações resolutivas, ações que visem um intercâmbio de conhecimentos na equipe e, ainda, ações que levem em conta o indivíduo dentro de seu próprio contexto. A saúde pública, em geral, recorre à ação governamental restrita e apoiada, sobretudo, em pessoal auxiliar. De sua origem, a saúde pública guarda a forma de atuação, via autoridade governamental. No Brasil, são de atribuição praticamente exclusiva do estado, a vacinação, o controle de grandes endemias, o controle de certas doenças como hanseníase e tuberculose, o saneamento básico, dentre outras.

No sistema social vigente, baseado nas relações de trabalho, há uma tendência de que a maioria da população disponha apenas da sua própria força de trabalho para garantir sua subsistência. O corpo é visto fundamentalmente como

instrumento de trabalho e a doença representa então uma dupla ameaça, tanto no sentido de afetar sua saúde como sua capacidade produtiva, enfraquecendo a relação corpo-poder.

Ao implementar mudanças que resultem num novo processo, tendo como foco o cidadão, tem-se resgatado o espaço de trabalho como lugar dos sujeitos. Esta nova ótica de se entender que o serviço existe para atender ao cidadão e não mais um paciente passivo, isento de direitos e responsabilidades, é sem dúvida uma mudança de paradigma.

O processo de adoecer e morrer é parte integrante da biografia individual. A doença é uma reação ativa do organismo e, assim, os distúrbios na relação homem-ambiente (físico, psíquico e social) podem vir a gerar emoções prazerosas ou não, além de estimular um sem-número de reações. O homem se faz então capaz de responder às ameaças simbólicas, tanto quanto às concretas. Situações, tais como perdas familiares e da estrutura social, privações de necessidades básicas, obstáculos na realização pessoal, perda de emprego, separações, viuvez, amputações, perdas por morte violenta e/ou inesperada, tentativas de suicídio, gravidezes precoces ou de risco, doenças sexualmente transmissíveis, drogadição, alcoolismo etc., são potencialmente danosas.

O sentimento de estar doente pode provocar em muitas pessoas um comportamento regressivo, colocando o doente numa posição frágil, dependente, abrindo mão de dirigir sua vida e de se bastar em atividades corriqueiras. Esta dependência é proporcional à gravidade da doença e às fantasias que o paciente faz sobre a mesma, condizentes ou não com a realidade. A aliança se fará com a pessoa que der apoio às sensações de desamparo e insegurança que a regressão desencadeou e, a partir daí poderá seguir integralmente as prescrições. Portanto, se tentarmos tratar da doença ignorando o doente, veremos que os resultados não serão satisfatórios.

Outra noção importante é a de expressão da dor, isto é, a forma pela qual a dor, experiência que pode ser dividida, é comunicada pelo paciente. A comunicação pode ser verbal ou não verbal e incluir gestos, gemidos, atitudes, etc. Nas sociedades humanas, a dor, como tantos outros fenômenos fisiológicos, adquire um significado cultural e social bem específico e certas reações a ela podem ser entendidas à luz desse significado. Num outro extremo, resistência à dor expressa a amplitude de uma estimulação dolorosa à qual o indivíduo pode aceitavelmente resistir. É modificada por traços culturais e emocionais e pelo momento da vida em que o indivíduo se encontra.

A dor e o medo são provavelmente os mais primitivos sofrimentos do homem, diante dos quais ele se sente totalmente impotente. Ainda que a dor seja um fenômeno universal, cada um de nós sente e expressa suas dores de forma muito pessoal e cremos que, sem exagero, se poderia dizer que nós somos as nossas dores.

De nada adiantaria elevar o limiar da dor com drogas se o paciente está ansioso pelo seu futuro; deprimido pelas perdas todas que lhe ocorreram em virtude da doença; raivoso pelo abandono dos familiares ou amigos ou pela aparente ineficiência da equipe. Só a consideração global desses diferentes aspectos e sua modificação é que poderiam trazer um controle da dor.

Sem dúvida, muito é possível fazer e maior ainda é o que há para ser feito. Dentre os desafios, destaca-se a resolução de algumas questões de ordem técnico-políticas como conseguir promover alterações substantivas na forma de atenção à saúde, assim como, num segundo momento, nas próprias condições de saúde da população brasileira. Esse papel técnico não pode ser delegado. A responsabilidade da vigilância conferida ao SUS deve cada vez mais ser preocupação dos gestores do sistema, visto o vasto universo de situações onde a prevenção de fatores de risco epidemiológico está tão presente.

O enfoque principal terá de ser estabelecido pelo profissional responsável, sempre relevando o benefício do usuário final do sistema de saúde. Num equilíbrio entre o possível e o necessário, o atendimento pode variar entre o individual ou em grupo, entre pacientes e equipes, entre unidades de saúde e núcleo familiar.

Em universo tão heterogêneo, tendem a ser diversificadas também as atividades da equipe de Psicologia. Na maior parte das vezes, estes usuários estarão circundados por uma intensa dor, quer física, quer emocional ou ambas, necessitando de atenção, afeto e escuta. Tal como o paciente hospitalizado, o usuário do serviço público de saúde encontra-se fragilizado, numa situação que parece fugir ao seu controle. Faz-se necessário, portanto, uma intervenção delicada e ética, na qual o indivíduo se sinta encorajado (e não coagido) a falar daquilo que lhe aflige. Tal intervenção deverá ser realizada em local apropriado, livre de maiores interferências e com alguma privacidade.

3.6 Esporte

A maior parte dos atletas coloca que o ideal do esporte está vivo onde a moral, o comportamento ético e o respeito ao próximo prevalecem.

A expectativa é que nossos jogadores, principalmente aqueles que estão em formação como os infanto-juvenis, despertem para os valores do esporte e que, além do desejo de vencer, sintam o desejo de superar a si mesmos. E superar-se significa crescer interiormente, isto é, modificar algumas atitudes e pensamentos que, muitas vezes, tornam-se obstáculos na busca de um objetivo maior.

A Psicologia do Esporte tem como objetivos promover o treinamento de concentração, otimizar o tempo de reação, fortalecer a motivação e auxiliar a coesão de grupo. Mas objetiva também o crescimento interior, o amadurecimento emocional e espiritual. O atleta só amadurece quando tem a vontade real de chegar lá no "topo". Esta vontade pode motivá-lo a atingir primeiramente seu "eu" interior e se conhecer, para então transformar suas dificuldades em habilidades esportivas.

Na vertente da Tanatologia, a Psicologia do Esporte lida com os lutos e as perdas dos atletas e das equipes, quer pessoais (que acabam por influir no desempenho), quer dentro do próprio grupo. A derrota de um time num jogo importante não pode ser o motivo para desestruturar a equipe, mesmo porque não haverá um culpado único ou nem sequer um culpado. Da mesma forma, conquistar uma vitória é algo digno de ser comemorado, mas lembrando sempre que no esporte, como em qualquer outro lugar, não há onipotência e que esforços terão que continuar existindo para que a equipe possa novamente vencer.

3.7 Jurídica

A Psicologia Jurídica é também chamada de Psicologia Forense ou Psicologia Aplicada ao Direito. Adotando fontes, métodos e instrumentos psicológicos para a solução processual de problemas do Direito, a Psicologia investiga uma perspectiva de melhor conhecimento psíquico dos envolvidos. A investigação psicológica pode auxiliar a conhecer melhor a extensão do problema psíquico, bem como melhorar a qualidade do exercício profissional do Direito.

É a associação da Psicologia com a lei. Pressupõe-se que o princípio do funcionamento mental se dê pelo inconsciente, que define as estruturas psicológicas. Em função disso, todas as pessoas podem vir a ter fantasias, tendências criminosas e anti-sociais.

A Psicologia Forense abrange as questões de credibilidade (de testemunhas), culpabilidade (pessoas acusadas), ressarcimento (de pessoas prejudicadas), capacidade para fazer contratos e testamentos, capacidade de cuidar da própria pessoa ou da propriedade, custódia (de crianças) etc.

O psicólogo no tribunal tem seu papel mais comum nos processos judiciais atuando como perito e especialista em distúrbios mentais. Auxilia o julgador do fato a compreender a prova ou a definir um fato em questão. O psicólogo pode também auxiliar o advogado a preparar-se para lidar com o especialista da parte contrária. No interrogatório direto o advogado pede ao perito que apresente as bases de sua opinião de forma convincente.

O processo judicial é contraditório, não cooperativo: espera-se que cada parte pleiteie sua causa. O juiz ou o júri decidem com base nas provas oferecidas e as questões são polarizadas. O perito torna-se um proponente da causa, embora possa disfarçar o ar de neutralidade, enquanto que o advogado só utilizará o depoimento de um perito ou testemunha, se este fortalecer o interesse do cliente. O advogado da parte contrária poderá tentar impugnar a contribuição psicológica.

No que concerne à interface com a Tanatologia, a Psicologia Forense irá atuar através de seus pareceres nas questões que envolvem perdas, sejam elas materiais, de pessoas ou mesmo de direitos, nas questões de doação de órgãos, de propriedade e de custódia como as já mencionadas, dentre outras.

Em suma, a Psicologia Jurídica busca sistematizar os princípios e os métodos psicológicos para sua aplicação no Direito. Ao Direito importa conhecer os propósitos que geram a ação e a conduta. À Psicologia Jurídica cabe examinar cientificamente os atos psíquicos, envolvidos judicialmente. Sob certo aspecto, porém, os dois possuem o mesmo objeto de estudo: o homem e as relações humanas; o Direito busca a normatização dos comportamentos que fazem parte das relações sociais; a Psicologia busca a compreensão da inter-relação de fatores determinantes dos comportamentos patológicos, através de seus instrumentos de perícias e laudos.

3.8 No Trânsito

Considera-se que o trânsito é um sistema que funciona dentro de uma extensa série de considerações e normas. É constituído de vários subsistemas, dentre os quais a maioria dos autores menciona a via, o homem e o veículo. A primeira fornece informações acerca das ações que o indivíduo deve realizar e este indivíduo conduz o veículo, na tentativa de adaptá-lo às exigências da via. No entanto, tanto a via quanto o veículo exigem do homem atitudes, as quais acabam por ocorrer não só em relação a uma série de estímulos, como também diretamente relacionadas com a história de vida do indivíduo e de sua percepção acerca de riscos, além de outras.

Deduz-se então que o homem é o elemento mais complexo desse sistema e o que tem maior influência, tanto para organizá-lo quanto para desorganizá-lo. Além de sua ação no sistema diretamente, é ele quem age também como mediador, necessitando para isso de um domínio sobre seu sistema interno. Temos que levar em conta a complexidade do sistema de trânsito, somada à complexidade do sistema interno de cada indivíduo que dele faz parte, sua personalidade, individualidade e emoções, além do ambiente no qual vive e circula.

Inúmeras pesquisas constataram que o homem é realmente o principal desorganizador do sistema de trânsito e que é o comportamento do motorista o principal fator responsável pela ocorrência de acidentes. Torna-se assim bastante oportuno recorrer à Psicologia, em sua vertente que lida com o trânsito, para conhecer o que há e o que pode vir a ser feito preventivamente para diminuir os índices alarmantes que ora são divulgados; e recorrer à Tanatologia, como ciência envolvida com perdas e lutos, para saber o que e como deve ser tratado o indivíduo envolvido em acidentes.

A Psicologia do Trânsito é a área que estuda o comportamento humano no trânsito, os fatores e os processos externos e internos, coerentes e incoerentes que os provocam e/ou os alteram. Para contribuir com um trânsito mais seguro, a Psicologia do Trânsito toma medidas junto aos órgãos oficiais, no sentido de mensurar as capacidades psíquicas necessárias para um comportamento adequado no trânsito. A isso chama-se psicotécnico e é utilizado em todas as pessoas que pleiteiam uma Carteira Nacional de Habilitação. Parte do pressuposto que, para um bom funcionamento do trânsito, faz-se necessária a existência de características pessoais adequadas.

Existem outras formas de intervenção que focalizam aspectos modificáveis a partir de um trabalho em grupo. Utilizando-se de técnicas adequadas para a representação de papéis e levando, assim, a uma re-significação na responsabilidade de sua própria vida e da vida dos demais, enfocam-se em questões de solidariedade, insensatez e irresponsabilidade. As técnicas de trabalho em grupo propõem a mudança de comportamento das pessoas no trânsito e têm por objetivo propiciar aos participantes a oportunidade de discutir o assunto, identificando o envolvimento e a responsabilidade de cada um nessa atividade e promovendo a reflexão acerca da transformação que pode ser alcançada através da contribuição de cada um.

Em se tratando de ocorrências no trânsito, a Tanatologia intervém de diversas formas. Até mesmo acidentes de trânsito sem vítimas podem reportar a perdas: perda do veículo, perda do “autocontrole” em situações de risco; perdas causadas ao outro e perda da Carteira de Habilitação, são alguns exemplos.

Quando ocorrem vítimas num acidente de trânsito, há perdas a serem trabalhadas pela vítima, pela família e pelos demais ocupantes do veículo, em especial por quem o conduzia. Este último pode vir a sentir-se muito mal, culpando-se pelas perdas “infringidas” aos outros, além daquelas que recaem sobre ele próprio.

Em geral, essas ocasiões acabam servindo de base para um “balanço geral da vida” para aqueles que sofreram

pouca ou nenhuma lesão. As possibilidades de morrer, de perder ou machucar seriamente algumas partes do corpo costumam chamar a atenção como tendo sido muito reais e causam muita angústia, oportunizando um ganho extra, no sentido de reavaliar certas atitudes e comportamentos utilizados até então.

No caso de lesões graves e de morte no trânsito, há que de ser efetuado todo um trabalho na área de Tanatologia referente à imagem corporal perdida; às modificações na rotina diária (temporárias ou permanentes); a perdas e lutos a elaborar, levando sempre em conta, além do próprio fato, as idades e contextos de cada um dos envolvidos.



4. *Tanatologia em Interface com outras Ciências*

4.1 *Medicina e Enfermagem*

Desde o início do curso, a morte aparece ao estudante de medicina sem história e sem identidade, nas aulas de anatomia. As sensações de nojo, desespero e despreparo devem ser reprimidas e podem ser disfarçadas com piadas e gozações que servem como defesa contra o sofrimento. A formação dos profissionais de saúde não lhes oferece respaldo para lidar com os sentimentos que a morte pode despertar, pois é dada uma grande ênfase à doença e aos procedimentos técnicos e nenhuma ao paciente como um todo.

Os grupos de medicina ainda tendem a lidar com a doença do ponto de vista técnico. A doença e até mesmo a morte são descaracterizadas, no início do curso, retirando-se delas quaisquer aspectos que possam envolver uma relação pessoal, despertando emoções aparentemente “indesejáveis”.

Mas, a tentativa de retirar da morte sua importância acarreta a morte do aluno das ciências da saúde enquanto ser capaz de se relacionar. Assim, o tipo de formação e problemas contra-transferenciais podem fazer com que os profissionais de saúde afastem-se do paciente que está morrendo e passem a exercer apenas as funções técnicas diante dele. Além disso, pode ocasionar uma ambivalência entre tentar ainda uma medida heróica e a raiva do fracasso. Ocorre que, afastando-se de um paciente desenganoado, tira-se dele o que lhe resta de vida.

Se a morte é considerada um fracasso, uma imperícia, então ouvir um paciente falar sobre sua morte pode significar ouvi-lo falar sobre seu próprio fracasso profissional. Os pacientes terminais também podem incomodar muito os profissionais de saúde com suas atitudes de revolta, de dor, ou quando simplesmente se viram para a parede e desistem. E o paciente vai-se transformando em objeto, em coisa um tanto desagradável, no interior de um estabelecimento criado, a princípio, para lhe dar acolhimento.

A medicina assumiu, nos dias atuais, um papel de fornecedora de uma imortalidade ou de uma longevidade cada vez mais extensa. O saber médico tem hoje as condições necessárias para prorrogar a morte a pontos extremos. A validade deste ato será questionada, mais adiante, quando enfocarmos a Bioética.

Em sua formação acadêmica, também a Enfermagem pouca ou raras vezes recebe informações referentes à Tanatologia e as emoções por ela desencadeadas. Ao iniciar sua prática, este profissional quase nada sabe acerca de como lidar com pacientes em processo de morrer, suas perdas e de suas famílias. Tal como na medicina, a formação do profissional de enfermagem está centrada na técnica, deixando de lado a estrutura emocional dos profissionais.

Dentre os membros da equipe de saúde, os da área de enfermagem costumam ser os mais próximos do paciente e, por conseguinte, de suas famílias. A eles cabe executar as decisões médicas, monitorar os sinais vitais, proceder as trocas necessárias (soros, sondas, roupas, etc.), além de vir ao leito quando chamados pelo paciente, esse último, muitas vezes, em situação de extremo sofrimento e dor. É no profissional de enfermagem que, geralmente, é descarregada toda a raiva; é ele quem acompanha a trajetória dos pacientes no hospital e sofre as conseqüências da revolta destes.

Os enfermeiros oscilam entre a técnica e a dedicação, sendo a sua posição intermediária entre a objetividade de sua intervenção e o cuidado do cotidiano do paciente. A função da equipe de enfermagem é acompanhar a recuperação do doente, ajudando-o a realizar tarefas que não tem condições de realizar sozinho. Por isso a relação entre paciente-equipe de enfermagem é de extrema importância.

No entanto, tratar de pacientes terminais, sendo o membro da equipe que está mais próximo deste paciente, é uma tarefa muito difícil e colocar-se no lugar do outro, como comumente tenta fazer a equipe de enfermagem, tem nessas ocasiões um peso extra. A equipe de enfermagem está presente junto ao paciente e aos familiares nos momentos mais difíceis, tendo que lidar com seus sentimentos e suas dúvidas. Quando o paciente morre, é o enfermeiro em geral que toma as primeiras providências.

Na tentativa de preservar a dignidade e a autonomia do paciente, faz-se necessário um diálogo aberto sobre seu estado de saúde, respeitando-se os limites do tanto que este quiser saber. Como para qualquer outro profissional, lidar com processos de perda e morte de seus pacientes acaba por trazer à tona o temor de sua própria morte. Isto envolve, por parte do profissional de enfermagem, um constante reexame de suas atitudes pessoais frente às doenças e à morte.

Acerca dos profissionais de saúde, Kóvacs nos lembra que:

A diferença básica entre as pessoas em geral e os profissionais da área de saúde, médicos, enfermeiros e psicólogos, é que na vida destes, a morte faz parte do cotidiano e pode se tornar sua companheira de trabalho diária. Toda doença é uma ameaça à vida e, portanto, pode aparecer como um aceno à morte. (Kóvacs, 1991)

A relação entre o paciente e a equipe de saúde que o trata nunca deve deixar de levar em consideração também outros aspectos além das personalidades envolvidas. A saúde deve ser vista sempre em um contexto amplo, contribuindo assim para uma boa reação do paciente, o que deve ser encarado de forma tão importante como já o são os cuidados de higiene e os medicamentos. Tudo que favorece a saúde física e mental melhora a relação com o paciente.

Médicos e enfermeiros estão constantemente submetidos a situações de tensão diante de pacientes hospitalizados. Até mesmo na literatura da área é possível encontrar muitos depoimentos demonstrando suas frustrações diante da invisibilidade da trajetória da morte.

Quando tentam ajudar pacientes em fase terminal, os médicos e os enfermeiros participam de um processo de transição psicológica que requer tempo, empatia e confiança. Quando há um trabalho multiprofissional, visando uma melhor aceitação da terminalidade, equipe e pacientes só têm a ganhar. Aos primeiros vêm a aceitação da morte como algo significativo e natural; aos últimos, um atendimento físico e emocional, culminando em uma sensação de maior acolhimento e propiciando, quem sabe, até mesmo desabaços acerca do que os atormenta.

Diferentemente de outros empregos, trabalhar numa instituição hospitalar se configura em assistir o outro, em colaborar, em cuidar. Assim, para lidar com as dores, ansiedades, angústias, medos e sofrimentos dos pacientes, para conviver com o desespero, a revolta e a incompreensão dos familiares, é preciso que a equipe tenha o respaldo de um trabalho psicológico capaz de oferecer o suporte emocional necessário.

Finalmente, enquanto há saúde, o ser humano não entra em estreito contato com a instituição hospitalar. Quando a ela é levado pela doença que se instala, sente-se fragilizado, dependente, retraindo-se e colocando-se à mercê de todo um tratamento que nem ele, nem a equipe, sabem ainda da extensão. À equipe, formada neste momento de seres humanos saudáveis, cabe a atitude de alteridade, propiciando ao paciente o início de um bom e profícuo relacionamento.

4.2 Fisioterapia

A fisioterapia como ciência da saúde estuda, avalia, previne e trata dos distúrbios da cinesia humana decorrentes de alterações de órgãos e sistemas humanos. A atenção fisioterapêutica propicia o desenvolvimento de ações preventivas mesmo antes de a doença atingir o horizonte clínico, ou seja, de exibir sinais e sintomas.

A reabilitação é outro fator importante da fisioterapia, pois se trata de um processo multiprofissional, visando a reinserção bio-psico-social do paciente. Tem por objetivo desenvolver os movimentos e funções comprometidas depois de uma doença.

Reintegrar a pessoa à sociedade é outro objetivo da atenção fisioterapêutica. É a estimulação do potencial neurológico em pessoas que sofreram seqüelas irreversíveis (perda de membros, lesões neurológicas etc.). Tal reintegração se dá mediante ao treinamento e adaptação dos pacientes às suas potencialidades.

O trabalho fisioterapêutico está diretamente ligado à Psicologia, pois funciona como terapia de suporte, dando apoio emocional para os pacientes sem, contudo, ter formação para atuar nesta área, em relação aos métodos e parâmetros a serem tomados e enfatizados ao tratamento. Se o paciente está motivado e quer melhorar, o tratamento flui bem. Se ele não tem mais objetivos na vida a fisioterapia não será tão benéfica como deveria.

Outro fator importante é o medo do paciente nas primeiras sessões, pois é algo novo e sabemos que isso afeta a parte psicológica. Além do medo do desconhecido, existe ainda o medo da dor, que pode dificultar o tratamento. É nesse momento que o fisioterapeuta tem que passar o máximo de confiança a fim de que a segurança venha a fazer parte do tratamento e com isso a melhora seja gradativa.

O paciente que perdeu um membro, aquele que tem comprometidos os seus movimentos, outro que se recupera de uma intercorrência neurológica, etc., têm em comum a sensação de uma vida ceifada, privando-os temporária ou definitivamente da vida que levavam até então. O fisioterapeuta, ciente da importância da Tanatologia e conseqüentemente capacitado a reconhecer e compreender os medos que assolam o paciente, pode tirar proveito desse conhecimento, acolhendo-o em seu sofrimento de forma mais completa. Isso tende a estreitar a relação entre eles e há grandes chances desse acolhimento vir a encurtar o tempo de recuperação do paciente, além de aumentar sobremaneira a satisfação e capacidade de lidar com a morte, por parte do profissional.

4.3 Terapia Ocupacional

Pertencente ao campo da reabilitação, e assim trabalhando conjuntamente com a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional (TO) procura fornecer ao seu cliente o máximo de qualidade de vida possível, executando de maneira clara e totalitária o novo conceito da saúde da ONU. Os TOs atuam em uma variedade de lugares como clínicas e centros de reabilitação, hospitais gerais (ambulatorialmente ou em unidades e centros de terapia intensiva), maternidades, creches, escolas especiais e regulares, asilos, postos e centros de saúde, centros de saúde mental, organizações e projetos sociais oficiais ou não governamentais, empresas e instituições de ensino superior.

Todas as pessoas que possuem uma disfunção ocupacional em suas atividades da vida diária são elegíveis de obter ganhos através da TO. Os terapeutas ocupacionais enxergam o homem como um ser ocupacional, um ator no mundo mudando e sendo mudado por ele, alguém que se realiza por aquilo que constrói.

A Terapia Ocupacional pode agir através da prevenção, habilitação ou da reabilitação. No caso de uma pessoa com uma condição neurológica incapacitante, como Alzheimer ou Parkinson, que pode vir a perder, por exemplo, a capaci-

dade de escovar dentes sozinho, o TO irá trabalhar preventivamente para que sua força de preensão, alcance, coordenação seja preservada ao máximo. Isso pode ser realizado através de atividades que simulem os mesmos movimentos utilizados para tal ato.

Outra situação pode ser, por exemplo, uma criança que sofreu paralisia cerebral ao nascer. O TO poderá estimular suas habilidades para desempenhar papéis ocupacionais próprios para sua idade como brincar, ir à escola, etc. Aqui o TO estará habilitando a criança para uma vida ocupacional saudável.

A reabilitação pode ser efetuada após a pessoa ter perdido capacidades como, por exemplo, quando sofreu um AVC. Ou, ainda, quando ela a executa de maneira pouco satisfatória (criança com um repertório pobre no brincar, pessoa portadora de sofrimento mental com pouca ou nenhuma interação social).

Tal como no caso da Fisioterapia e outras áreas da saúde, o terapeuta ocupacional pode ampliar seu papel, enriquecer o relacionamento com o paciente e proporcionar a este uma recuperação mais efetiva se detentor de conhecimentos acerca da Tanatologia.

4.4 Bioética

Os novos conhecimentos da biociência podem ser usados para cura de doenças que, hoje ainda incuráveis, incomodam os seres humanos. Mas não é todo o conhecimento científico e tecnologicamente possível que pode ser considerado admissível eticamente. Pelo contrário, algumas vezes a tecnologia levada a extremos acaba por parecer uma grande ameaça à humanidade. Ao mesmo tempo, pode ser uma grande esperança de ajuda para que o ser humano possa viver melhor, com menos sofrimento e mais feliz. Na balança de dúvidas e esperanças, apresenta-se a árdua tarefa das escolhas éticas.

As inovações da ciência médica assombram o homem de nosso tempo e fazem deste um momento de reflexão. Todo ser humano hoje está cada vez mais responsável pelas decisões acerca das tecnologias as quais será exposto, bem como o grau de seguridade que estas representam para o planeta. Por sua vez, caberá ao cientista lançar mão da velha dúvida a respeito da validade de suas técnicas, assim como de seus valores. Nesse contexto, surge a necessidade de restabelecer a ponte entre a filosofia e a ciência, o que representa o cerne da bioética.

A bioética surgiu, portanto, como alerta ao descontrole de práticas, pondo em perigo valores ainda honrados ou recentemente adquiridos Sua tarefa fundamental é a de estar permanentemente reavaliando as ações dentro de uma deter-

minada cultura, envolvendo questões sanitárias, biológicas, médicas etc., sobretudo no que diz respeito à escala de valores. A bioética sofre por isso certo impacto de diferenciação de época a época, de região a região, mas ela mesma se propõe também a moderar o eventual excesso de divergência, atuando com certo grau de alteridade.

A bioética vem como uma nova revolução para o pensamento científico e para o comportamento humano, restabelecendo o diálogo entre a ética e a ciência, refletindo sobre a conduta humana em relação à vida. A bioética envolve um saber interdisciplinar e acontece então em forma de um movimento mundial. Busca a garantia da integridade e da autonomia dos seres humanos e a ela cabe a discussão de temas onde coexistem a reflexão e a ação. Envolve questões do direito reprodutivo, da genética, da reprodução assistida, aborto, direito de morrer com dignidade, entre outras. Com certeza, é nos moldes dessa nova maneira de fazer ciência e tecnologia que o homem vai se reencontrar com sua própria essência.

O objetivo geral da bioética é a busca de benefícios e da garantia da integridade do ser humano, tendo como fio condutor o princípio básico da defesa da dignidade humana. Considera-se ético o que, além de bom, é o melhor para o ser humano e à humanidade em dado momento. Responsabilidade surge quando nos damos conta das conseqüências de nossos atos sobre os outros e sobre a natureza. A solidariedade está inscrita, objetivamente, no código de todos os seres. Pois todos somos interdependentes uns dos outros.

Por isso, a bioética já conhecida por abranger disciplinas diversas, não pode evitar lançar ramificações na ordem política, especialmente na perspectiva de melhorar as legislações no sentido de servir melhor ao bem comum. Mais do que parte da ética, como era tida no princípio, a bioética vem se tornando uma disciplina autônoma. Aproxima-se da ética médica, mas esta última não açambarca toda a problemática que a bioética se pretende a abordar. A ética médica, como também a ética das demais profissões, passa então a ser mais uma parte da bioética.

A motivação básica é atingir certo controle sobre os processos que afetam a vida humana e seu desenvolvimento. Pode-se considerar eticamente legítimo o fato do homem tentar controlar e direcionar os processos e as funções de sua biologia, inclusive, tentando reformar o próprio processo de evolução humana, em prol de uma melhor qualidade de vida para os de sua espécie sem, no entanto, prejudicar outros seres vivos e a qualidade dos ambientes naturais. Assim nasce o sentimento de responsabilidade social.

Fala-se também em dignidade e autonomia quando o assunto é bioética porque todo ser humano tem sua dignidade e sua autonomia, as quais precisam e merecem ser preservadas. Sendo-nos praticamente impossível deter o progresso, é

função da bioética servir de instrumento para tomada de decisões e determinar, dentro de todo o aparato científico e tecnológico ao nosso dispor, até que ponto deveremos fazer ou deixar de fazer; até onde investir tecnologia para prolongar uma vida a qual, pelo prognóstico técnico, pode ser levada a extremos nunca antes alcançados.

Por autonomia (*auto*, de próprio, mais *nomos*, de regra) pressupõe-se o ato do indivíduo governar a si próprio; possuir uma independência moral ou intelectual, escolhendo assim a forma de reger sua própria conduta. O ato de governar a si próprio carrega consigo a influência do social, que se interpõe a cada momento; autonomia (e saúde mental, por conseguinte) é saber conduzir-se no torvelinho do social cotidiano. Para ser alguém com autonomia é necessária uma boa capacidade de discernir o que é bom para si sem prejudicar o outro. Assim, a autonomia é parte fundamental ao se falar em bioética, em respeito aos direitos do paciente, em suicídio assistido, em prolongamento da vida.

Pelo fato de seu objetivo ser a luta pela vida, a maior parte dos profissionais de saúde receia a morte misericordiosa, mas cabe questionar se, em alguns casos, não se está apenas prolongando a morte, pois surge aí a questão da adequação ou utilidade de se usarem certos recursos em pacientes sem chance de recuperação. As questões referentes à morte assistida, eutanásia, distanásia e outras, como tentar reanimações ou submeter o paciente a intervenções altamente invasivas que impliquem em uma significativa perda de qualidade de vida e/ou autonomia, fundamentam-se assim nos preceitos da bioética ao serem discutidas.

Com o surgimento da bioética, a morte passa a ser estudada a partir de impactos que novas técnicas e tecnologias têm sobre o processo de morte e de morrer. Cada vez mais interligadas então, a Tanatologia e a bioética podem afirmar-se como parte indissociável no caminhar humano. Ambas interagem no sentido de oferecer aos indivíduos dignidade e autonomia, mesmo quando o desenvolvimento científico ainda for capaz de ir mais além.

A necessidade de discutir bioética aumenta na mesma medida em que os processos da ciência que permitem prolongar uma vida avançam de tal modo que já se torna quase impossível determinar o momento exato da morte. Da mesma forma, quer pela ciência, quer pela visão das diferentes religiões, torna-se assaz difícil precisar também quando exatamente começa a vida.

O maior desafio está em se pensar o sentido da vida humana; em refletir acerca de uma valorização de conhecimentos e avanços nas pesquisas, atrelados a uma maior sensibilidade na busca de integração. Tal reflexão deve valorizar a diversidade cultural, buscar elementos universais sem ferir a individualidade, adequar-se à racionalidade sem deixar de lado a subjetividade. Tarefas difíceis, sem dúvida, porém nem de longe irrealizáveis.

Dominar quais seriam as características humanas de valor a serem preservadas e as prejudiciais a serem eliminadas exige uma discussão ética na qual não sejam menosprezados os valores culturais, sociais e religiosos, dentre outros. O objetivo é continuar a melhorar a qualidade de vida, diminuir o sofrimento e erradicar as doenças que atornentam a humanidade. Subjacente a essa posição, existe a convicção de que temos a capacidade crescente de autodeterminação e, portanto, uma responsabilidade pelo que somos e aquilo que projetamos ser no futuro.

Mas em nosso tempo já não cabe uma visão simplificada do ser humano que não releve também todos os seus contextos. Tal prática exige que reflitamos continuamente a respeito de quem somos e como nos relacionamos com todos os sistemas à nossa volta. Afirmar que a vida humana, bem como a biodiversidade, devem ser respeitadas e defendidas em sua dignidade são condições sem as quais não podemos falar em ética e muito menos em bioética.

Avanços contínuos na ciência e na tecnologia trazem uma infinidade de perguntas, muitas das quais nem sequer nos sentimos aptos a responder. A bioética então se pretende a ser nossa tocha, nossa oportunidade de lançar, no caminho a percorrer, uma tênue luz, um começo de reflexão, um primeiro olhar.

4.5 Odontologia

A missão da odontologia hoje é mais do que a promoção da saúde: é pensar no ser humano como um todo. No mundo contemporâneo e em especial na cultura brasileira, a estética dental não é tão-somente uma questão de vaidade; tornou-se uma necessidade, trazendo um incremento no relacionamento interpessoal. Um sorriso saudável, branco e perfeito, por exemplo, deixou de ser privilégio de minorias e transformou-se em sinônimo de simpatia, saúde, cuidado pessoal e confiabilidade. O senso de estética é muito influenciado pela cultura, pela mídia e pela auto-imagem e um sorriso em desarmonia, seja pela presença de cáries, ausência de dentes, alterações de forma, halitose, entre outros, acabam por acarretar a perda da auto-estima.

Não raro, percebemos que algumas pessoas possuem o hábito de levar a mão à boca ao sorrir, a fim de esconder o estado de seus dentes ou a ausência destes; outras mantêm o olhar baixo, ou mesmo uma postura retraída; alguns homens deixam seu bigode crescer apenas para disfarçar problemas dentários.

Quando essas mazelas são solucionadas, impressiona a reação das pessoas. Há uma imediata mudança de postura, o brilho nos olhos surge e o sorriso se abre. Se ganha confiança e amor-próprio. Quando se trata do sexo feminino é

ainda mais acentuada a mudança. Normalmente depois de um tratamento encontramos essas mulheres usando batons em tons mais vibrantes como se quisessem emoldurar seu sorriso.

Hoje, pode-se contar com clínicas mais modernas, onde além do profissional de odontologia há, ainda, a presença do psicólogo, trabalhando em parceria. Seu objetivo é trabalhar principalmente o medo do desconhecido. Salienta-se, assim, a importância do psicólogo com conhecimento na área de Tanatologia, no sentido de resgatar as perdas sofridas, trabalhando os lutos da área e proporcionando um resgate da auto-estima, bem como uma melhoria na qualidade de vida.

4.6 Educação

Como vimos anteriormente, na escola e diante dos profissionais de educação, surgem as vivências de luto dos alunos demandando uma postura e um direcionamento. O desafio do ensino da Psicologia na formação de educadores está em auxiliá-los e torná-los mais preparados para lidar com tais vivências. Podemos, desta forma, vislumbrar aspectos positivos, tanto para a qualidade de vida dos alunos como dos professores.

Com relação à qualidade de vida do professor, a falta de preparo para acolher e apoiar as vivências de luto das crianças, bem como as dificuldades decorrentes disso, podem gerar situações de estresse. O contato do educador com o sofrimento e as vivências de luto dos alunos pode colocá-lo em contato com seu próprio sofrimento e com suas próprias perdas. Por esse motivo, o preparo para lidar com essas situações é necessário, tanto para que o educador possa auxiliar seu aluno quanto para que essa tarefa não se torne demasiadamente estressante e prejudicial a ele.

Ora bem, se a morte faz parte da vida de crianças e jovens, e se esses passam a maior parte do dia na escola, parece evidente que aí se aborde a questão. Ou seja, os educadores, assim como os profissionais de saúde, começam a ter a presença da morte em seu cotidiano. Entretanto, alegam que não tiveram em seus cursos de formação nenhuma disciplina que abordasse esse tema – o que é fato. (Kóvacs, 2003)

Ter em sua formação a possibilidade de preparo para lidar com estas questões pode tornar o contato dos professores com o tema um contato com o sentido de sua própria existência, sendo uma chamada para uma vida mais humanizada.

Acenamos que a educação para uma sociedade mais cidadã que privilegie a qualidade de vida não pode quebrar a dicotomia vida-morte, deixando a morte de fora.

4.7 Ciências Humanas

A Tanatologia, como estudo de eventos que permeiam a existência de todos os seres vivos, está também diretamente ligada às ciências humanas. Numa análise histórica, sociológica, antropológica, geográfica, filosófica ou de qualquer outra óptica inerente às ciências humanas, temos que os processos de morrer, de perdas, lutos e as mortes vêm sendo relegados paulatinamente à penumbra, são cada vez menos citados e cada vez mais ocultados, como se não fizessem parte do contexto, como se fosse “incorreto” morrer, perder alguém ou algo e/ou enlutar-se.

Inserido em um contexto histórico, o homem teve seu contato com a morte modificado através dos tempos. A maioria dos estudos dessas mudanças abrange o ocidente e diz respeito ao período que vai da Idade Média aos nossos dias. Ao longo desse tempo, a relação do homem ocidental com a morte sofreu grandes e radicais mudanças, partindo de um evento natural que ocorria na presença de parentes, amigos e até mesmo as crianças, aos dias de hoje, circunscrito ao interior dos hospitais e com avanços que permitem prolongar a vida até limites antes inimagináveis.

Mergulhados que estamos em um intenso processo de globalização, a mídia faz questão de nos apresentar todos os dias modelos de corpo, de saúde, de felicidade e de poder aquisitivo que não coincidem com os nossos da “vida real”. A cada dia temos que elaborar sozinhos o luto do corpo escultural que não possuímos, do automóvel ideal que não podemos adquirir, do imóvel amplo e confortável onde não podemos morar, sem falar nas vestes, calçados, aparelhos eletrônicos etc., sempre anacrônicos, por mais rápido que teimemos em substituí-los.

Na sociedade capitalista onde estamos inseridos não há espaço para lutos: só para o consumo. Assim, nem mesmo parece sobrar tempo para simplesmente lamentar o belo corpo que não possuímos, por exemplo, pois toda a energia deve ser canalizada para obtê-lo nas academias, nos medicamentos, nas dietas. O descontentamento com a auto-imagem que não coincide com os modelos por mais esforço que se faça, leva a um moto-contínuo de descontentamentos, a insatisfações individuais e coletivas, co-participantes de um processo de aumento de uma espécie de “falência moral” nos grandes conglomerados urbanos.

Nesse contexto, não se pode pensar no conhecimento da ciência da Tanatologia como uma solução, mas negarmos nossos lutos e perdas diárias está longe de ser o ideal. Avassalador será o capitalismo tanto quanto lhe for permitido, tanto quanto consumimos o que nos é imposto em detrimento daquilo que se faz realmente necessário.

Cabe também às pesquisas nas áreas das ciências humanas chamarem a atenção para essa vertente do consumis-

mo desenfreado, mostrando que relações humanas e valores não são objetos de consumo; mostrando que em outros períodos, locais e agrupamentos, o ser humano pôde ser feliz, apenas relacionando-se com seus pares.

Nos diversos contextos que o ser humano se insere, as perdas e os lutos precisam e merecem ter seu espaço. É necessário, senão imprescindível, chorar ao deixar de possuir; participar de ritos de passagem, os quais clarificam para todos que ali houve uma cisão, um momento de mudança; relatar incontáveis vezes, pessoalmente, os fatos ocorridos; crer na possibilidade de modificarmos e sermos modificados pelas circunstâncias, elaborando os lutos.

5. Conclusões

Diante da finitude do ser humano, é imprescindível ter-se sempre muito claros os processos de morte, de morrer, bem como o luto e as perdas. Estas últimas, ao contrário do que possa parecer, estão presentes ao longo de todo o ciclo vital e não apenas em momentos onde ocorre a morte física. Nossa Comissão trabalha há anos nessa vertente, promovendo palestras, mesas redondas, debates e outros eventos, a maioria aberto ao público em geral, na tentativa de difundir cada vez mais a Tanatologia e para que possa haver, paulatinamente, um aumento do conhecimento e um conseqüente cuidado mais amplo com relação aos processos de luto, como uma forma de prevenção de dificuldades maiores, quer na área física, quer na emocional.

Num sentido amplo, trabalhamos pela reinserção do fenômeno morte em nossa cultura, acreditando ser esse um meio de apontar a vida em sua forma íntegra, sem ignorar a verdade da finitude humana.

6. A Comissão de Tanatologia do CRP-08

Em meados de 2000, colaboradores da Comissão de Saúde do CRP-08, com o intuito de discutir e desenvolver questões relacionadas ao luto e às perdas, propuseram a criação de uma subcomissão de Tanatologia. A criação desta subcomissão proporcionaria mais espaço para discutir questões sobre a morte e o luto que permeavam a prática destes profissionais de maneira contundente e exigiam especial atenção.

Quando a proposta foi levada à reunião plenária de 27 de janeiro de 2001, optou-se pela criação não de uma subcomissão, mas de uma Comissão de Tanatologia, o que viria a criar um espaço ainda maior para o tema no CRP-08. Assim, no início de 2001, estabeleceu-se a Comissão de Tanatologia, iniciando suas atividades com a estruturação de um regimento que nortearia suas ações. As reuniões da Comissão passaram a acontecer na sede do Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região e contavam, de início, com três colaboradores. O número de colaboradores aumentou rapidamente e, desde então, tem oscilado entre três e nove membros.

Esta Comissão de Tanatologia foi, até 2006, a única existente no Brasil inserida em um Conselho de Psicologia. Em 2006, surgiu em Cascavel, no Paraná, e conseqüentemente ainda sob jurisdição do CRP-08, uma segunda comissão com o mesmo tema.

A Comissão vem, desde seus primórdios, organizando alguns eventos e participando de outros, os quais vão desde encontros, palestras, mesas redondas e discussão sobre filmes até debates e entrevistas em rádio e televisão. Seu objetivo maior tem sido o de divulgar, discutir e expor o tema, desmitificando os processos de morte, lutos e perdas.

A Comissão tem tomado para si o atendimento das demandas que chegam ao CRP-08, ligadas à Tanatologia, a fim de aprimorar e difundir o tema como pertinente ao próprio ciclo vital. Nesse sentido, já foi convidada a emitir pareceres, elaborar matérias para jornais, participar de entrevistas, debates etc. Também faz parte de suas ações oferecer suporte a estudantes, a profissionais de saúde e à comunidade, bem como à própria diretoria do CRP-08, em sua temática.

Nas datas em que são organizados eventos públicos (Dia Mundial de Saúde Mental, Dia do Psicólogo e outras), a Comissão de Tanatologia tem contribuído com a participação em mini-palestras, debates e esclarecimentos para o público em geral.

Há também uma contínua interface da Comissão com outras comissões do CRP-08, tanto da capital quanto do interior do Paraná (subsedes e representações setoriais), quer para a organização de eventos em parceria, quer para intercâmbio de informações e de conhecimentos. Para isso, vem contando com inteiro apoio da diretoria e dos conselheiros do CRP, numa parceria enriquecedora, na qual todos têm muito a aprender e a elaborar a respeito do tema.

Além das atividades usuais, a Comissão tem como objetivo estabelecer parcerias também com os cursos de Psicologia existentes em Curitiba num primeiro momento e, posteriormente, no restante do estado, com o intuito de divulgar a Tanatologia enquanto ciência e ressaltar a importância dos processos de perdas e luto entre os futuros profissionais de Psicologia.

Como em qualquer trabalho e, mais ainda, em se tratando do tema em questão, a Comissão tem-se deparado, ao longo de seu tempo de atuação, com as resistências oriundas dos sentimentos que os processos de luto costumam suscitar. Concomitantemente, depara-se com as demandas advindas da necessidade da população em lidar com tal temática.

Vale ressaltar que a existência por si só de uma Comissão de Tanatologia vinculada a um conselho de classe, principalmente da área de Psicologia, fez vir à tona a importância a qual o tema faz jus.

- ABERASTURY, A. **Psicanálise da Criança - Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- _____. **A Percepção de Morte na Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- ARIÈS, P. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1978.
- BOFF, L. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BOWLBY, J. **Perda – tristeza e depressão**. In: Apego e Perda, vol III. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- _____. **Separação – angústia e raiva**. In: Apego e Perda, voll II. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- CASELLATO, G. (org.). **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade**. Campinas: Livro Pleno, 2005.
- CASSORLA, R. M. **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.
- COMMELIN, P. **Mitologia grega e romana**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- D’ESPINDULA, T. C. A. S., FISCHER, J. M. K. et all. **Suicídio** parecer enviado ao Ministério Público do Paraná. 2002.
- FISCHER, J. M. K. A. **Escola como um local de acolhimento às vivências de luto na infância: contribuições ao ensino da Psicologia na formação de Educadores**. Anteprojeto de Pesquisa, 2006.
- FREUD, S. **Obras Completas**. Buenos Aires: Santiago Rueda ed., 1953.
- HENNEZEL, M. **La muerte íntima**. Barcelona: Plaza e Janes, 1996.
- HESPANHA, B. **Psicologia do testemunho**. Passo Fundo: EDIUPF, 1996.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss**.
- JARAMILLO, Isa F. (org.) **Morrer bem**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- _____. **Educação Para a Morte: Desafios na Formação de Profissionais da Saúde e Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 7ª ed.
- LEPARGNEUR, H. **Bioética, novo conceito: a caminho do consenso**. São Paulo: Loyola, 1996.

MARTINS, P. **Psicologia aplicada ao direito**. UPF.

MIRANDA, Pontes de. **À margem do direito. Ensaio de psicologia jurídica**. Campinas: Bookseller, 2002.

OLIVEIRA, F. **Bioética: uma face da cidadania**. São Paulo Ed. Moderna, 1997, 2ª ed.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre perdas na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.

SANCHES M. A. **Bioética: ciência e transcendência**. São Paulo: Loyola, 2004.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SIQUEIRA, J. E. (org.) **Ética, ciência e responsabilidade**. São Paulo: Loyola, 2005.

TORRES, W. **A criança diante da morte: desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VALLS, A, I. M. **Da ética à bioética**. Petrópolis: Vozes, 2004.

VIORST, Judith. **Perdas Necessárias**. São Paulo: Melhoramentos, 1988.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

Agradecemos as colaborações das seguintes profissionais:

- Denise Cavassin Boeing - Dentista - CRO 5690
- Cláudia Mezzadri - Fisioterapeuta - CREFITO 26.168
- Larissa Louise Campagnoli – Fisioterapeuta - CREFITO 2240 LTT-F
- Adelita Marinho - Fisioterapeuta - CREFITO

Filmografia

- A Cura
- Tomates Verdes Fritos
- Casa de Areia e Névoa
- Chegadas e Partidas
- Confissões de Schmit
- Amor e Dor
- Olhar de Anjo
- O Jardim Secreto
- Billy Eliot
- O Quarto do Filho
- Meu Primeiro Amor
- Lado a Lado
- O Adversário
- Mar Adentro
- Fale com ela
- Vanilla Sky
- A Passagem
- Ela é Poderosa
- Em Busca da Terra do Nunca
- Sem Medo de Viver
- Minha Vida
- Elza e Fred
- Desde que Otari Partiu
- Outono em Nova York
- Doce Novembro
- Vida que Segue

CRP-08

Sede Curitiba

Fone: (41) 3013-5766

Fax: (41) 3013-4119

e-mail: crp08@crppr.org.br

Subsede Londrina

Fone: (43) 3026-5766

e-mail: crplondrina@crppr.org.br

Subsede Maringá

Fone: (44) 3031-5766

e-mail: crpmaringa@crppr.org.br

Subsede Umuarama

Fone: (44) 3624-0319

e-mail: crpumuarama@uol.com.br

Subsede Cascavel

Fone: (45) 3038-5766

e-mail: crpcascavel@crppr.org.br

www.crppr.org.br



Conselho
Regional de
Psicologia
do Paraná

CRP 08

