



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

CRISTINA FREITAS HERINGER

Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o
Morrer: sobre seus Significados

BELÉM

2012

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

CRISTINA FREITAS HERINGER

**Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o
Morrer: sobre seus Significados**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção de título de Mestra em Psicologia.

Linha de pesquisa: Prevenção e tratamento psicológico.

Orientadora: Profa. Dra. Airle Miranda de Souza

BELÉM

2012

CRISTINA FREITAS HERINGER

**Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o
Morrer: sobre seus Significados**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do
Título de Mestra em Psicologia.

Linha de pesquisa: Prevenção e tratamento psicológico

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Airle Miranda de Souza
Orientadora
PPGP – IFCH/UFPA

Prof. Dr. Celso Antônio Coelho Vaz
PPGCP – IFCH/UFPA

Profa. Dra. Adelman do Socorro Gonçalves Pimentel
PPGP – IFCH/UFPA

Aprovado em 16/08/2012

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

Heringer, Cristina Freitas

Grupos centrados na tarefa de dialogar sobre a morte e o morrer: sobre seus significados / Cristina Freitas Heringer ; orientadora, Airle Miranda de Souza. - 2012.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2012.

1. Morte - Aspectos psicológicos. 2. Psicoterapia de grupo. 3. Comportamento de ajuda. 4. Pessoal da área médica. 5. Hospital Universitário João de Barros Barreto. I. Título.

CDD - 22. ED. 155.937

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Luiz Alberto, Sofia e Cecília, pelo amor e inspiração.

Aos meus pais Waltair e Jorgeana pelos incentivos, presença e amor.

Ao meu marido Vladimir, ser iluminado com quem aprendi muito sobre a felicidade.

Aos entrevistados e, também, amigos que conheci nos Grupos de Estudos do Luto.

Às amigas de muitos anos e muitas histórias: Marcela, Suely e Solange.

Ao professor Rui Barbosa Rocha (in memoriam), colega e amigo dos tempos de PUC/SP e UFPA.

À minha orientadora Profa. Dra. Airle Miranda de Souza, irmã de jornada.

A todos os outros que não menciono aqui, mas que me apoiaram nesta trajetória com um sorriso amigo, uma conversa alegre, uma opinião sincera.

E, ao bom Deus que me permitiu discorrer sobre os Grupos e sobre a finitude com leveza, amor e serenidade.

Tu tens um medo

*Acabar
Não vês que acabas todo o dia
Que morres no amor
Na tristeza
Na dúvida
No desejo
Que te renovas todo dia
No amor
Na tristeza
Na dúvida
No desejo
Que és sempre outro
Que és sempre o mesmo
Que morrerás por idades imensas
Até não teres medo de morrer
E então serás eterno
Cecília Meireles*

RESUMO

Esta pesquisa resultou do interesse pela investigação da vivência de profissionais de saúde enquanto participantes dos Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer, experiência pioneira de educação em saúde realizada no Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFPA. A partir da hipótese norteadora de que os grupos favoreciam o desenvolvimento pessoal e profissional dos participantes foram avaliados os sentidos e significados atribuídos à vivência de participar dos grupos. Consiste em pesquisa exploratória, do tipo clínico-qualitativa, com entrevistas individuais, com análises fundamentadas em tanatologia, educação para a morte, psicologia da morte, psicologia grupal e educação em saúde em hospitais foram compostas as bases de investigação dos sentidos e significados de participar dos grupos. As entrevistas estruturadas foram realizadas com dez participantes, todos profissionais de saúde, voluntários na participação do estudo, que haviam frequentado mais de cinco reuniões grupais. Para análise dos dados foi realizada a análise do conteúdo temática, considerando as seguintes categorias: Quem são as pessoas que chegam para falar da morte e do morrer; e, o grupo como espaço de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e abordando os grupos enquanto educação para morte. Os profissionais de saúde buscam os grupos e se mantêm neles de forma espontânea. São profissionais de enfermagem, medicina, psicólogos e terapeutas ocupacionais, sendo que a maioria realizava residência profissional naquela unidade hospitalar. Desses, oito haviam participado em mais de treze grupos e o restante em torno de cinco a sete. A cada encontro emergem as demandas do grupo e, nesta dialética do nascer-morrer permanece o sentido de transitoriedade, de impermanência que é a própria vida. Dentre os principais significados em relação à participação nestes grupos são desveladas a busca de desenvolvimento pessoal e profissional. Os grupos foram identificados como espaços terapêuticos, de compartilhamento, reflexão e aprendizagem, no qual dialogar sobre a morte e o morrer contribuem à formação e desenvolvimento desses profissionais, constituindo-se como estratégia de educação para a vida e morte, no contexto da educação em saúde e uma ação cultural para a liberdade.

Palavras-Chave: Morte, Recursos Humanos, Psicologia, Grupos, Terapêutica.

ABSTRACT

This research has resulted of interest in the experience of health professionals participating in the Task Groups Focused Dialogue on Death and Dying, pioneering health education conducted at University Hospital João de Barros Barreto/UFGA. From the hypothesis guiding the groups that favored the personal and professional development of the participants were assessed the meanings attributed to the experience of participating groups. Consists of exploratory research, clinical-type with qualitative interviews with analysis grounded in thanatology, death education, psychology of death, groups psychology and health education in hospitals were composed of the research base meanings of participating groups. Structured interviews were conducted with ten participants, all health professionals, and voluntary participation in the study, who had attended more than five group meetings. Data analysis was performed thematic content analysis considering the following categories: Who are the people who come to talk about death and dying, and the group as a learning and personal development and education while addressing groups for death. Health professionals seeking groups and keeps them spontaneously. They are professionals in nursing, medicine, psychologists and occupational therapists, and most accomplished professional residence in that hospital. Of these, eight had participated in over thirteen groups and the rest around five to seven. At each meeting the emerging demands of the group and, in this dialectic of birth-death remains a sense of transience, impermanence of it is life itself. Among the main meanings in relation to participation in these groups are unveiled to seek personal and professional development. The groups were identified as therapeutic spaces, sharing, reflection and learning, in which dialogue about death and dying contribute to the formation and development of these professionals, becoming a strategy of education for life and death, in the context of health education and cultural action for freedom.

Keywords: Death, Human Resources, Psychology, Groups, Therapy

LISTA DE SIGLAS

EPM – Educação para a Morte

GEL – Grupos de Estudos do Luto

HUJBB – Hospital Universitário João de Barros Barreto

HOL – Hospital Ophir Loyola

HUBFS – Hospital Universitário Bettina Ferro e Souza

LAELS – Laboratório de Estudos do Luto e Saúde

RMPS – Residência Multiprofissional em Saúde

UFPA – Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	11
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1. Sobre a morte e o morrer: ocultamento e revelação.....	21
2. Tanatologia, psicologia da morte e educação para a morte	34
3. Grupos: definições e funções	44
III. MÉTODO	
Compartilhando caminhos: sobre o percurso metodológico.....	53
IV. RESULTADOS	
1. Abrindo a porta... ..	59
2. Quem são as pessoas que chegam para falar sobre a morte e o morrer	63
3. Os significados atribuídos: espaço de aprendizagem e desenvolvimento pessoal. 67	
4. Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer – grupos de educação para a vida e para a morte.....	72
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE	88
ANEXO	91

I. INTRODUÇÃO

Existirmos: a que será que se destina?

Caetano Veloso, em *Cajuína*.

É na morte que o ciclo de vida individual se encerra. A morte representa o fim de nós mesmos enquanto indivíduos, em alguns momentos nos leva à reflexão acerca da vida e da existência individual, das espécies e do planeta enquanto casa necessária, até onde sabemos, e morada dos seres humanos, entre outros seres vivos.

A morte pode acontecer em qualquer momento do ciclo vital. É esperada na velhice quando esgotada a capacidade do organismo de continuar vivo, ou em nada esperada quando o vigor da infância predomina e eventos vitais se fazem presentes, tais como doenças e acidentes. O diagnóstico de uma doença com prognóstico reservado traz consigo o sentimento de fragilidade humana e o contato com a finitude.

A hospitalização e o tratamento podem ser sentidos como uma morte, envolvendo algumas perdas, como mudança de ambiente, afastamento da família, perda da privacidade, autonomia, entre outras. O medo do sofrimento e da dor pode fazer com que o indivíduo se sinta morto ou prefira a morte a viver com suas limitações e temores (BROMBERG; KOVÁCS; CARVALHO, 1996).

O hospital, lugar cuja premissa básica é fazer de tudo, de forma legítima e eficaz, para que a morte não aconteça, é em seu cotidiano um espaço permeado pela morte. Nele, todos lutam pela vida, visando a cura e o adiamento da morte. Mas esta não poupa os que a enfrentam ou a temem, sendo assim um ambiente no qual podemos acompanhar a morte de crianças, adultos e idosos. Dados norte-americanos indicam que 80% das mortes acontecem em instituições hospitalares (NULAND, 1995 apud LEIS, 2003) e isso significa que a morte tem no hospital o seu lugar de destino e vai acontecer com muita frequência nesses espaços.

Sabe-se que a palavra hospital tem origem no latim, surgindo a partir da palavra *hospes* que significa hóspede, hospedaria, dando origem também a *hospitalis* e *hospitium*. Os *hospes* destinavam-se a abrigar peregrinos, viajantes e enfermos, enquanto que os pobres, doentes incuráveis, insanos eram abrigados nos *hospitium* que mais tarde vieram a se chamar

hospícios (LIMA GONÇALVES, 1983; BORBA, 1985 apud CAMPOS, 1995). Geralmente, esses eram localizados em áreas isoladas e funcionavam em sistema de caridade, onde religiosos e monges prestavam cuidados aos necessitados, como uma prática cristã.

Os hospitais, abrigando as escórias da sociedade, como pobres e doentes, os *hospes*, acabavam por exercer a função de “limpeza” das cidades, servindo como uma espécie de depósito onde eram amontoadas pessoas pobres e doentes (CAMPOS 1995) o que de acordo com Foucault (1985) seria além de uma instituição assistencial, um instrumento de separação e exclusão social, quando afirma:

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital (FOUCAULT, 1985, p.59).

É somente no século XVIII que a instituição hospitalar passa a assumir o papel de instituição terapêutica, onde sua função passa a ser diagnosticar, prestar assistência e promover a cura (CAMPOS 1995, FOUCAULT, 1985). “A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” (FOUCAULT, 1985, p.58).

É a partir do surgimento da medicina higiênica e das descobertas de Pasteur, dentre elas o papel das bactérias, que os hospitais se tornam locais de cura, onde doentes passam a receber cuidados médicos no intuito de restabelecer a saúde. A medicina passa a dominar o ambiente hospitalar, tornando-o um espaço de formação médica, que lança mão dos dispositivos de cura, onde a morte passa a ser algo temido e negado (CREPALDI, 1999).

Contudo, mesmo sendo o lugar onde se cuida da saúde, os esforços para mantê-la a qualquer custo, faz com que muitos pacientes permaneçam nos hospitais até a hora de sua morte. O fato é que essa morte é sentida, não só por familiares e amigos, mas também por aquelas pessoas que o acompanharam nesse árduo percurso, desde a entrada no hospital até o momento final do seu ciclo de vida.

Apesar de ser a “casa da saúde” como afirma Leitão (1993), o hospital sobrevive em função da doença, melhor dizendo, dos doentes, fazendo com que o dia a dia daqueles que estão nesse local seja permeado de muitas dores e sofrimentos.

Lidar com a morte no hospital comumente é um importante fator de tensão para a equipe de saúde. Manejar pacientes com prognóstico reservado e famílias em sofrimento e pesar provocados pelo adoecimento e pela morte iminente, dar respostas às perguntas e inquietações e que surgem diante do morrer, muitas vezes não saber o que dizer ou o que fazer diante da dor psíquica do paciente e do desespero de seus familiares são acontecimentos, não raros, do cotidiano de profissionais que têm sua atividade profissional atravessada por alegrias, mas também pelo sofrimento, por perdas e pela morte (KOVÁCS, 2008d).

Campos (1995) afirma que todas as questões vivenciadas pelo paciente, quando internado no hospital, são vivenciadas também pelo profissional da saúde que o acompanha à medida que tal sofrimento o inquieta, trazendo à tona suas questões pessoais. Estar imerso nessa realidade de tensões e sofrimento faz com que o profissional de saúde sofra também e a melhor forma de resguardar sua saúde é promover o cuidado a esse profissional.

Se antes os doentes morriam em hospitais por falta de recursos para restabelecer a saúde, na atualidade o excesso de tecnologia e de recursos para manter e prolongar a vida continua fazendo com que os doentes morram nos hospitais. O que nos leva a crer, que independente de época, o hospital carrega o estigma citado por Foucault (1985). Vale ressaltar que o que faz com que esse imaginário se mantenha tem uma estreita relação com o adoecimento e o sofrimento intrínseco a ele. Boss (1981 apud CAMPOS, 1995) afirma que “toda doença é uma ameaça à vida e, com isso, é um aceno para a morte”. Se o hospital é um local para se tratar a saúde, logo, é inevitável que esteja também diretamente associado à morte.

Para Simonetti (2004, pag. 101) “trabalhar no hospital, com o adoecimento, é um ‘dar-de-cara’ com a condição de desamparo existencial constituinte da condição humana, e ninguém passa por isso sem se abalar”. Estar em um cotidiano onde a tensão entre vida e morte impera traz muita dor e sofrimento. Quando não trabalhados, estes sofrimentos podem acarretar sérios riscos à saúde mental desses profissionais, incluindo aí os que estão em formação.

Assistir o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura ou quando a morte é iminente impõe-se como um desafio para todos aqueles que participam do cotidiano hospitalar, o que denuncia nossa própria vulnerabilidade e finitude. A respeito da morte essa pode assustar, favorecendo a emergência de perguntas que não conseguimos responder, pelo

menos completamente. Lidar com a morte no hospital pode significar silenciar, negar ou *fazer de conta* que nada aconteceu, principalmente quando ainda somos estudantes e iniciamos nossas atividades assistenciais no contexto hospitalar.

Durante os anos de minha formação, ainda enquanto estudante de psicologia, logo me dei conta de como era mobilizada por esse tema, percebendo a necessidade de refletir sobre a maneira como lidávamos com aqueles em processo de morte iminente e com a nossa própria finitude. Tendo escolhido a psicologia hospitalar como um dos campos de meu interesse, realizei estágio no Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUIBB durante dois semestres consecutivos.

O HUIBB é referência regional em Pneumologia, Infectologia e Endocrinologia e Diabetes, referência nacional em AIDS e, atualmente, implantou uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia. Nesse, pude acompanhar aos pacientes e seus familiares, no leito de modo individual e em grupos, além de realizar outras atividades como supervisões, seminários, etc., mantendo contato com a dor da perda da saúde e as consequências do adoecimento, desde as feridas suportáveis até as mais difíceis como advindas de amputações e da perda por morte.

Nesse ambiente também vivi as alegrias dos encontros autênticos e dos efeitos em compartilhar temores e angústias com os supervisores e colegas, em especial aqueles relacionados às questões da morte e do morrer. Pude perceber que diante da doença e da morte outras coisas, antes supervalorizadas, ficavam em segundo plano: em alguns momentos a morte parecia mostrar o que era realmente essencial, ou seja, era necessário dar valor e viver a plenitude de cada momento que se constitui em dádiva do viver.

Esse período foi marcado por grandes e intensas transformações tanto pessoais quanto profissionais. No hospital aprendi que atuar como psicóloga demandava a capacidade de escutar, mas também de acolher. No hospital aprendi com e através da dor, minha e do outro, a exercer minha profissão. E as dores foram muitas, pois confrontar a perda da saúde e a manifestação das doenças constituíram retratos mnemônicos persistentes e duradouros.

Desenvolvendo as atividades durante o estágio vivenciava a necessidade de refletir com pares e abordar o tema morte. Via. Vivia. Sentia o impacto da morte acontecendo, chegando, se aproximando. E tudo isso era estranho e doloroso. Às vezes era como estar no

vácuo, completamente sem chão. Na mesma medida era extremamente necessário chegar ao grupo de supervisão para compartilhar a experiência dos atendimentos, significando um abastecimento de energia para reestabelecer certo equilíbrio interno que possibilitasse caminhar adiante. Desses, participavam apenas os estagiários de psicologia e o supervisor de campo, de modo que desconhecia as experiências de outros estagiários, como por exemplo, os de enfermagem, terapia ocupacional, serviço social, nutrição, entre outros, os quais atuavam na mesma enfermaria que eu, a clínica cirúrgica de um hospital-escola, assistindo os mesmos pacientes.

Estagiando no hospital, quando do agravamento do estado de saúde ou óbito, era possível perceber que ninguém ficava impune a esta realidade que desafia e denuncia nossa própria vulnerabilidade e finitude. Adentrando o hospital e lá permanecendo, seja como estudante ou profissional, em algum momento a morte será constatada. A morte é uma realidade e produz seus efeitos, visíveis ou invisíveis, naqueles que lá estão por motivo de formação ou trabalho profissional. A morte, no hospital, será constatada de variadas formas: é o paciente grave que chega em ambulância, outro que é conduzido para a unidade de terapia intensiva; no necrotério e na lamentação e desespero de familiares de pacientes que falecem ou que são liberados para morrerem em casa, junto à família.

Sim, a morte pode assustar, favorecendo a emergência de perguntas que não conseguimos responder, pelo menos completamente. No hospital, a morte é uma inimiga a ser enfrentada e vencida. Os profissionais de saúde convivem com a morte no cotidiano dos hospitais e estão suscetíveis ao impacto e sofrimento que a morte desencadeia. A ocorrência da morte no hospital pode causar um sentimento de fracasso, de impotência em toda a equipe de saúde. (KOVÁCS, 2008b; QUINTANA et al, 2006; EIZIRIK, POLANCZYK, EIZIRIK, 2001).

Após o primeiro ano de concluída a graduação eu tive conhecimento de que no hospital no qual havia realizado o estágio aconteciam os Grupos Centrados na tarefa de falar sobre a morte e o morrer. Lamentei por eles não terem ocorrido durante os anos de minha formação e logo procurei saber como participar desses. Mesmo tendo concluído a graduação, a compreensão de que a morte é parte do ciclo da vida e de que cuidar em saúde pressupõe a elaboração das angústias e temores frente à morte, impulsionava meu interesse em participar dessa experiência.

Junqueira & Kovács (2008, p. 514) afirmam que “é a partir das aflições dos profissionais de saúde perante o sofrimento dos pacientes e suas famílias que surgem os questionamentos, e exigências de uma formação específica e necessidade de também serem apoiados nessa árdua tarefa”. A necessidade de estar bem e não poder fragilizar diante de tantas dores, faz com que muitas vezes esse sofrimento nem chegue à consciência, impossibilitando a forma mais tradicional de resolução de angústia: através da fala (SIMONETTI, 2004).

Como respostas às minhas demandas soube que os Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer (denominados de Grupos de Estudos do Luto – GEL¹) eram uma das atividades desenvolvidas pelo Laboratório de Estudos do Luto e Saúde – LAELS, Projeto de Extensão sob a coordenação da Profa. Dra. Airle Miranda de Souza vinculado à Faculdade de Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará-UFPA, e desenvolvido em parceria com o Serviço de Psicologia do referido hospital e com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA, que passou a funcionar naquele hospital no mês de outubro de 2008, sendo planejado com o objetivo de disponibilizar um espaço de diálogos e práticas em cuidados preventivos, quanto às manifestações complicadas do luto².

Soube também que os grupos aconteciam semanalmente, em horário pré-estabelecido, e que desses podiam participar os profissionais que ali desenvolviam suas atividades, incluindo docentes e discentes, os quais se reuniam para abordar o tema da morte e do morrer. Questionava sobre como seria a dinâmica de um grupo centrado na tarefa de abordar o tema da morte e quais as pessoas que encontraria ali. Haveria textos a serem lidos e recomendados

¹ Neste estudo a atividade Grupos de Estudos do Luto (GEL) referente ao Projeto de Extensão LAELS será tratada enquanto *Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer* enfatizando a ação dialógica grupal em substituição ao nome do Projeto de Extensão propriamente dito (o GEL). Portanto, assim serão denominados neste texto. Utilizaremos, como sinônimas, as expressões *Grupos Centrados* ou simplesmente *Grupos* para denominar essa atividade no contexto desta pesquisa.

² *Luto* é compreendido como uma reação natural ao rompimento de um vínculo significativo ou uma reação natural à perda. Distingue-se entre o que foi considerado normal e o que foi complicado nesse processo. Fatores de risco ao *luto complicado* são, por exemplo, aqueles associados ao tipo e situação de morte (por violência, acidente), a perda de um filho, a perda por suicídio, relacionamento com o morto permeado por sentimentos de ira, culpa, enfim, ambivalentes.

aos ingressos? Se sim, quais? Como eram selecionados os temas para a discussão? Como se sentiam os participantes ao final de cada grupo?

As informações obtidas não foram suficientes para aplacar o desejo de participar dessa experiência e compreender o significado da roda para falar da morte e do morrer, o que não foi viável durante os anos de formação, já que os grupos passaram a acontecer após a conclusão do estágio. Assim, na condição de ex-estagiária naquele hospital solicitei minha inserção e comecei a frequentar os grupos na condição de participante externo.

Já inserida nesses grupos constatei pela inexistência de textos recomendados aos ingressos e demais participantes e ainda de que não havia uma prévia seleção de temas ou roteiros a serem seguidos. Nesses era possível compartilhar os estudos de casos de pacientes e seus acompanhantes em atendimento ou que já haviam sido atendidos pelos profissionais de saúde lá reunidos e que, portanto, já haviam recebido alta hospitalar ou ido a óbito. Em outros momentos, observava a emergência de fatos de vida, histórias pessoais dos próprios profissionais, assinalando a presença do luto vivido pelo profissional de saúde ao longo de sua jornada de vida pessoal e profissional. Nas reuniões semanais nos encontrávamos e tínhamos o espaço e tempo para compartilhar sentimentos e experiências, refletir práticas, enfim falar sobre a morte e o morrer.

A cada grupo concluído, ao ouvir do coordenador “até o próximo encontro” me alegrava com a possibilidade do reencontro. Mesmo sem saber de antemão qual seria o tema do próximo encontro, quem estaria presente ou assumiria a função de coordenador do grupo, sentia-me amparada por saber que ali haveria pessoas dispostas a conversar sobre o tema da morte, tarefa essa comumente evitada pelas pessoas com quem busquei tratar o tema, entre esses, amigos, familiares e até mesmo outros profissionais da área da saúde.

Nos grupos eram comuns temas, tais como: a morte da criança e do adolescente, a arte de paliar, dúvidas e temores, sentimentos ao lidar com o paciente e as famílias que enfrentam processos de adoecimento com poucas chances de cura, entre outros. Temas que envolvem a morte e o morrer ocupavam o centro das discussões e se revelavam como urgências do grupo a serem compartilhadas e estudadas no dia do encontro. Também havia troca de experiências sobre perdas pessoais inseridas na história de vida de cada participante como separações conjugais, morte de animal de estimação, perdas financeiras somadas à angústia pelo agravo ou óbito do paciente, etc., e todos esses temas sendo trazidos por demanda espontânea de seus

participantes. Seria tudo isso, o que se costuma denominar de educação para a morte? Mas afinal, o que é educação para morte? Tais perguntas iriam permanecer sem respostas até a efetivação deste estudo.

Enquanto participava desses grupos refletia sobre a necessidade de investigar o que significava, para cada um de seus integrantes, participar daquele espaço. Se, por um lado, os grupos me chamavam a atenção, por outro lado, não havia cursado durante a graduação a disciplina de tanatologia³, pois não fazia parte do programa do curso.

Ao longo de dois semestres consecutivos participei assiduamente desses grupos, assumindo em alguns deles a função também de coordenadora, mas tendo de ausentar-me ao final do primeiro ano dessas atividades em função de outros compromissos profissionais assumidos.

Se por um lado havia a certeza de tudo o que essa experiência significou para mim e que eu poderia como ex-integrante participar a qualquer momento que precisasse do grupo, por outro ficava a certeza de que era necessário investigar sobre os significados da experiência de falar sobre a morte e o morrer atribuídos pelos demais participantes.

Portanto, considerando essas demandas e ainda os estudos que apontaram que os profissionais de saúde são afetados pela ocorrência da morte no cotidiano hospitalar (KOVÁCS (2008a, 2008d); EIZIRIK, POLANCZYK, EIZIRIK, 2001) optei por realizar esta pesquisa exploratória. Desse modo, elegi como problema de estudo o de responder quais os significados atribuídos pelos profissionais da saúde à experiência de participar dos Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer.

Desse modo, este trabalho é também registro primeiro dessa experiência de grupos voltados ao diálogo sobre a morte e o morrer desenvolvidos no HUIBB, e tem como objetivo compreender os significados atribuídos pelos profissionais à experiência de participar dos Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer.

Vale ainda considerar que neste estudo o termo diálogo é definido como conversação, troca de ideias, experiências, conceitos, opiniões, entre duas ou mais pessoas. Como destaca a Escola de Diálogo de São Paulo:

³ Tanatologia é a ciência que estuda a morte, o morrer e o sofrimento pelo luto. V. p. 35-6.

O diálogo é uma forma de fazer circular sentidos e significados. Isso quer dizer que quando o praticamos a palavra liga em vez de separar. Reúne em vez de dividir. Assim, o Diálogo não é um instrumento que busca levar as pessoas a defender e manter suas posições, como acontece na discussão e no debate. Ao contrário, sua prática está voltada para estabelecer e fortalecer vínculos e ligações, e a formação de redes; para identificar, explicitar e compreender os pressupostos que dificultam a percepção das relações.

Logo, diálogo é compreendido enquanto "redes de conversação, proposto para as experiências de reflexão conjunta, geração de ideias, educação mútua e produção compartilhada de significados". É neste sentido, um "diálogo qualificado, uma forma de conversação destinada a fortalecer ligações e aprofundar as percepções que temos delas" (ESCOLA DE DIÁLOGO DE SÃO PAULO, 2012).

Compreendendo que dialogar é ação em favor do desenvolvimento do ser humano e dos grupos, este estudo é um convite para vermos e ouvirmos através de outros olhos e ouvidos, em especial de todos aqueles que participam dos Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer, a fim de apreendermos seus significados.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. SOBRE A MORTE E O MORRER: OCULTAMENTO E REVELAÇÃO

Ora, é exatamente isso o que, num certo momento ou noutra, atormenta esse infeliz ser finito que é o homem, já que apenas ele tem consciência de que o tempo lhe é contado, que o irreparável não é uma ilusão, e que é preciso que ele reflita bem sobre o que deve fazer de sua curta vida.

Luc Ferry, *em Aprender a Viver*.

A morte tem sido assunto para filósofos, antropólogos, historiadores, poetas, artistas e romancistas (MORIN, 1976, p. 262) há muitos séculos. Filosofias, ciências, artes e religião teceram olhares diversificados sobre a morte e o morrer.

Evidências arqueológicas demonstram que a morte tem influenciado culturas e comportamentos, crenças, imagens, atitudes diante da morte desde os tempos pré-históricos. Segundo Morin (1976, p. 23)

Nas fronteiras da terra-de-ninguém onde se efetuou a passagem do estado de ‘natureza’ para o estado de homem, o passaporte de humanidade válido, científico, racional e evidente, é o utensílio: *Homo faber*. As determinações e as idades da humanidade são os seus utensílios. Mas há um outro passaporte sentimental, que não é objeto de qualquer metodologia, de qualquer classificação, de qualquer explicação, um passaporte sem visto, mas que encerra comovedora revelação: a sepultura, isto é, a preocupação pelos mortos, isto é, a preocupação pela morte.

Morin (1976, p. 33) afirma que, desde os primórdios da humanidade, a crença na imortalidade é concomitante à consciência de que a morte é uma realidade, um fato. É o que esse autor traduz por traumatismo da morte como a perda total da individualidade, a lacuna existente entre a fatalidade, o horror, e a aspiração à imortalidade que contraria a evidência biológica da morte enquanto fim.

Este traumatismo da morte é, em certa medida, toda a distância que separa a consciência da morte da aspiração à imortalidade, toda a contradição que opõe o facto brutal da morte à afirmação da sobrevivência. Revela-nos que a consciência da morte como acontecimento perturbador traz em si, na medida em que é consciência realista, a consciência da realidade traumática da morte.

Na Antiguidade, a filosofia grega “consegue enfrentar e aceitar a ideia da vulnerabilidade do ser humano e, por conseguinte, a ideia de que o ser caminha para a morte”. (PETRAGLIA & BASTOS, 2009, p. 21). Para os filósofos gregos Sócrates e Platão “a

atividade de reflexão era um exercício do morrer. A morte, portanto, é uma libertação para o homem, a libertação da alma” (PLATÃO, apud PETRAGLIA & BASTOS, 2009, p. 22).

Na modernidade, a *angústia* de morte é posta em lugar central em Kierkegaard, é a própria experiência da *verdade* em Heidegger e é o *nada* em Sartre, o que retira todo o significado da vida, numa antítese ao pensamento de Heidegger (MORIN, 1976).

A representação da morte se transformou ao longo da história. Da Idade Média até o século XIX, a morte era um acontecimento coletivo, público, anunciado, mostrado e vivido por todos, consistia no que Ariès denomina de morte domada (ARIÈS, 2000). O doente moribundo morria em sua casa, ao lado dos seus, aos quais podia fazer as últimas recomendações e se redimir de atos impuros ou danosos cometidos em vida, se apropriava do próprio morrer e se despedia. A morte domada era um fenômeno social que envolvia rituais ao moribundo, um funeral público e luto prolongado. Consistia em um processo de morte incluída e compartilhada no viver.

A partir de meados do século XX o cenário mudou e a morte foi transferida para o hospital: foi medicalizada. A sociedade passou a ver a morte como suja e inconveniente, pois:

A morte já não mete medo apenas por causa da sua negatividade absoluta, revolve o coração, como qualquer espetáculo nauseabundo. Torna-se *inconveniente*, como os atos biológicos do homem, as secreções do corpo. É *indecente* torná-la pública. Já não se tolera deixar seja quem for entrar num quarto que cheira a urina, a suor, a gangrena, onde os lençóis estão sujos. É preciso proibir-lhe o acesso, exceto a alguns íntimos, capazes de vencer a sua repugnância, e aos indispensáveis dadores de cuidados. Uma nova imagem da morte está em vias de se formar: a morte feia e escondida, e escondida porque é feia e suja (ARIÈS, 1989, p. 320).

A sociedade já não conseguia mais lidar com os aspectos repugnantes que envolviam o morrer, tais como as excreções e o mau cheiro que o moribundo exalava, transferindo tais cuidados a outros, os profissionais de saúde, mudança que começou timidamente nos anos 1930-1940 sendo expressiva a partir de 1950. Segundo Ariès (1989), “as sequelas fisiológicas saíram da vida diária para passarem para o mundo asseptizado da higiene, da medicina e da moralidade” (p. 321). O hospital se tornou o asilo onde as famílias conseguiam esconder o moribundo, pois “nem o mundo nem elas mesmas podiam suportar” (p. 322).

No final do século XX, o hospital se configura como lugar onde a maioria das mortes acontece.

Três grandes tendências do século XX alteraram o horizonte da morte e do morrer contemporâneos: A hospitalização e o avanço da medicina, com expressivo poder de combate das enfermidades; as unidades de terapia intensiva que possibilitaram o prolongamento da vida por meio de drogas e máquinas; e, a invenção dos transplantes que evidenciaram o aumento do controle humano sobre a vida e sobre a morte. Esse novo cenário trouxe implicações éticas importantes sobre a morte e o morrer abrindo discussões sobre eutanásia, suicídio assistido, transplantes, etc.

Segundo Ariès (2003) a morte do século XX é tabu, e como tal, silenciada e ocultada. Se de um lado é silenciada, noutra a morte acontece ao ritmo do consumo da sociedade de massas: é “morte escancarada, a morte que invade a vida das pessoas na violência das ruas, em homicídios, acidentes, desastres, catástrofes e também suicídios” (KOVÁCS, 2008b, p. 191). Escancarada, invade a vida das pessoas pelos meios de comunicação, principalmente pela TV, através dos noticiários, filmes e até desenhos animados.

Para nossa sociedade urbana brasileira (KOURY, 2010), a morte e o morrer devem ser vistos com discrição, sem alardes. Nesta sociedade, a morte representa algo tão indiscreto que deve ser mantido na espera privada e o mais reservado possível. É um assunto que deve ser evitado, pois impregnado de sentidos negativos, como o fracasso e a impotência, e até capaz de trazer má sorte. É morte interdita, segundo Ariès (2003).

No hospital, a morte é tida como inimiga a ser enfrentada e vencida. Essa noção de combate, segundo Kovács (2008b, p. 193) imputou à morte um significado de fracasso e vergonha nos hospitais e, principalmente ao médico que quando diante do esgotamento das possibilidades terapêuticas que estão ao alcance da medicina, inevitavelmente se vê impotente nesta batalha.

Os profissionais de saúde convivem com a morte no cotidiano dos hospitais e estão suscetíveis ao impacto e sofrimento que a morte desencadeia. A ocorrência da morte no hospital pode causar um sentimento de fracasso, de impotência em toda a equipe de saúde. (KOVÁCS, 2008b; QUINTANA et al, 2006; EIZIRIK, POLANCZYK, EIZIRIK, 2001).

Vários estudos (COSTA & LIMA, 2005; DALMOLIN et al, 2009; ESSLINGER et al, 2004; FRANCO, 2003; GUTIERREZ & CIAMPONE, 2007; KOVÁCS (1998, 2008a, 2008b, 2008d, 2008b); LEITE & VILA, 2005; MACHADO & JORGE, 2005; MARTINS, 2007;

SALOMÉ et al, 2009; SCARLATELLI et al, 2005; SILVA & RUIZ, 2003; SPÍNDOLA & MACEDO, 1994; RIBEIRO et al, 1998; OKAMOTO, 2004; SILVA, 2009; TUCKER, 2009; SANTOS et al, 2004; CARVALHO et al, 2006) foram realizados nos últimos anos abordando a relação entre profissionais de saúde de várias áreas e o fenômeno da morte nos hospitais, tendo sido focados, em grande parte, nos profissionais de enfermagem e medicina. Os resultados desses estudos apontam na direção de que a morte afeta o cotidiano de trabalho e a saúde dos que trabalham em hospitais. Revelam, ainda, que ocorre estranhamento, medo e negação da morte chamando a atenção para a ocorrência de sentimentos de impotência, raiva e tristeza que passam a ser comuns para os profissionais pesquisados, demonstrando que diante da morte o profissional de saúde também entra em processo de luto (FRANCO, 2003).

Kovács, (2008a); Esslinger et al, (2004) e Franco (2003) fazem referência aos profissionais de saúde como profissionais em estado de vulnerabilidade ao lidar com pacientes graves, bem como com seus familiares, quando na iminência da morte.

Adentrando o hospital e lá permanecendo, seja como estudante ou profissional de saúde, em algum momento a morte será constatada. A morte é uma realidade e produz seus efeitos, visíveis ou invisíveis, naqueles que lá estão por motivo de formação ou trabalho profissional. Alguma história de morte ficará guardada na lembrança e vai compor, com tantas outras histórias, o clima psicológico do hospital.

No decorrer do ciclo da vida, as mudanças físicas e psíquicas são necessárias e pertinentes ao desenvolvimento de cada ser. Tais mudanças são marcadas por pequenas mortes, simbólicas e reais, pois “implicam na perda de uma situação antiga conhecida, e na passagem para uma etapa nova desconhecida” (KOVÁCS, 2008d, p. 239) ou no que Cassorla (2008) denomina de “micromortes da vida cotidiana” (p. 101). Ferry (2010) vai além e afirma que a morte pulsa em vida:

A morte não se resume ao fim da vida (...), a morte possui faces diferentes cuja presença é, *paradoxalmente*, perceptível no próprio coração da vida mais viva. Ela é, no cerne mesmo da vida, o que não voltará mais, o que pertence irreversivelmente ao passado, e que nunca mais poderemos reencontrar. Podem ser as férias da infância, passadas em lugares e com amigos de quem nos afastamos sem possibilidade de volta, o divórcio dos pais, as casas ou escolas que uma mudança nos obriga a abandonar, e mil outras coisas: mesmo que não se trate sempre do desaparecimento de um ser querido, tudo o que é da ordem do ‘nunca mais’ pertence ao registro da morte. (FERRY, 2010, 22-3).

Assim, o ciclo de vida, o amadurecimento, a construção e o desenvolvimento do indivíduo vão implicar em perdas, em superação de fases, em ganhos, em um novo ser que tal como uma espiral ascendente acrescenta e descarta deixando pra trás o corpo e o psiquismo da infância, a dependência dos pais, ganhando a fertilidade do jovem, a maturidade e beleza que vêm com a serenidade do entardecer da vida. Enfim, perdendo e ganhando no jogo da vida. A velhice chegando e, no amadurecer desta fase, a expectativa da proximidade da morte se torna bem real (EIZIRIK, KAPCZINSKI, BASSOLS, 2001). Desenvolver-se, então, poderia ser um *acabar-se*, com significado de *findar-se* e obter acabamento, aprimoramento. A finitude é uma condição para o desenvolvimento, portanto.

Enquanto fim da vida e num processo que envolve nascimento, desenvolvimento e morte, esta pode facilmente ser entendida. Mas, enquanto fim que interrompe uma infância, por exemplo, não é possível compreender e aceitar desta forma. Do ponto de vista cronológico, a morte que acontece em períodos de infância a adolescência se constitui em transgressão da ordem biológica previsível e, segundo estudos realizados com profissionais de saúde, esses profissionais se referem à morte da criança e do adolescente também com sofrimento, sentimentos de impotência, revolta, frustração, tristeza, dor e angústia (DALMOLIN et al, 2009; KOVÁCS, 2008b; GUTIERREZ & CIAMPONE, 2007; COSTA & LIMA, 2005; MACHADO & JORGE, 2005; SILVA & RUIZ, 2003; SPÍNDOLA & MACEDO, 1994). Portanto, diante da morte de crianças e adolescentes o sofrimento tende a ser mais intenso aos cuidadores que, contrariados, têm muita dificuldade em aceitar o irreversível.

Sobre a morte final, Cassorla (2009) afirma que “o ser humano se defronta com a ideia do nada, do deixar de ser, e a impossibilidade de representar esse nada é desesperante” (p. 59). Sobre o luto na sociedade urbana brasileira Koury (2010) afirma que as mortes têm uma característica silenciosa, escondida e o luto é vivido com discrição, um momento de isolamento, recolhimento e expressão mínima da dor.

Vários estudos fazem referência aos profissionais de saúde como profissionais em estado de vulnerabilidade ao lidar com pacientes graves, bem como com seus familiares, quando na iminência da morte (KOVÁCS, 2008a; ESSLINGER et al, 2004; FRANCO, 2003). No caso de óbito da criança há uma destruição do que é esperado no rumo da vida, das

convicções, aspirações, idealizações, e, portanto, do sentido atribuído ao morrer revelando, em outras palavras, a ausência de sentido, um vácuo irreparável, uma estranheza peculiar.

Observa-se que o medo da morte é relativo ao contexto em que houve investimento afetivo (de cuidador) com a pessoa que morrerá. Em estudos com profissionais de saúde (RIBEIRO et al, 1998; SPÍNDOLA & MACEDO, 1994), há uma referência ao sofrimento específico em relação à pessoa que morreu, de acordo com a situação em que morreu, idade, tempo de internação, entre outros, e chamam a atenção para fatores implicados no investimento afetivo e no sofrimento quando diante da morte.

Segundo Kovács (2008b), “o profissional de saúde se vê frustrado e sua onipotência em franca ruína: a morte o venceu”. A morte, então, se torna presente no aqui e agora do profissional de saúde e, ainda, fere seu desejo de saber, de realizar, de poder. É, ainda, considerada, a “maior vilã de seu trabalho, uma vez que, de maneira geral, são educados para cuidar somente da vida” (COSTA & LIMA, 2005; SILVA & RUIZ, 2003; RIBEIRO et al, 1998; SPÍNDOLA & MACEDO, 1994). Na batalha contra a vilã e inimiga o herói foi derrotado e assim perde seu lugar onipotente.

Da mesma forma se observa uma ambivalência entre a aceitação descrita no pensamento da morte enquanto processo da vida e a negação, defesa que ela mobiliza. Nos estudos desenvolvidos (COSTA & LIMA, 2005; DALMOLIN et al, 2009; ESSLINGER et al, 2004; FRANCO, 2003; GUTIERREZ & CIAMPONE, 2007; KOVÁCS (1998, 2008a, 2008b, 2008d, 2008b); LEITE & VILA, 2005; MACHADO & JORGE, 2005; MARTINS, 2007; SALOMÉ et al, 2009; SCARLATELLI et al, 2005; SILVA & RUIZ, 2003; SPÍNDOLA & MACEDO, 1994; RIBEIRO et al, 1998; OKAMOTO, 2004; SILVA, 2009; TUCKER, 2009; SANTOS et al, 2004; CARVALHO et al, 2006), em geral, os profissionais de saúde relatam que é comum evitar falar sobre a morte. Confirma-se que a morte é tida como tabu (ARIÈS, 1989) na sociedade contemporânea: um tema complicado de abordar, escamoteado, escondido, impregnado de sentidos negativos e afastado da vida e dos vivos na atualidade, inclusive no hospital, apesar da constância em que ocorre.

Sob a ótica da psicanálise, Cassorla (2009) analisa a negação da morte e nos aproxima de uma compreensão acerca do que vem a ser o terror diante da morte: “O terror de tornar-se não existente (...) persegue todos os seres humanos e a ansiedade de aniquilamento é descrita, pela psicanálise, como o terror primordial, terror esse que já faz parte do indivíduo ao nascer”

(p. 59). A negação fortalece o tabu e este fortalece a negação. Ambos dão suporte à ilusão de imortalidade e potência humana.

O ser humano ao se sentir ameaçado pela morte encontra e compartilha simbolicamente o pavor e o afastamento de pessoas, situações e coisas que envolvem a morte e o morrer. Segundo Kovács (2008d, p. 2), “podemos, é claro, tentar esquecer, ignorar ou mesmo “matar” a morte” e, ainda, “sabemos que a filosofia e o modo de viver do século XX pregam veementemente essa atitude”.

Para Morin (1976) a negação da morte nasce junto à consciência da morte, nos seres humanos. À medida que se dá conta da própria mortalidade assim se passa a negar e, portanto, a se manter distante de tamanho terror.

Negar a morte, evitar entrar em contato com suas formas de manifestação e presença, seja na realidade do moribundo, do morto ou, ainda, na expressão do morrer no cotidiano constitui, de acordo com Kovács (1998, p. 2), “uma das formas de não entrar em contato com as experiências dolorosas”, pois “a grande dádiva da negação e da repressão é permitir que se viva num mundo de fantasia onde, aparentemente, existe a ilusão da imortalidade”. Scarlatelli et al (2005), em estudos com profissionais de saúde, identificam a negação como mecanismo de defesa referido por eles para lidar com o sentimento de impotência e solidão quando diante da morte de pacientes. Neste sentido

A idéia da morte, que representa limitações, perdas, finitude, sofrimento, feiura, impotência, de que nem tudo é possível, é contrária ao que a sociedade ocidental atual tenta impor, ou seja, a ideia do perfeito, do belo, do saudável, como fatores essenciais (SCARLATELLI et al, 2005, p. 82).

Por outro lado, Tucker (2009) considera que um pouco de negação é aceitável e que o excesso pode significar uma condição doentia. O limite é individual e, até certo ponto, a negação enquanto defesa é pertinente e legítima ao médico e aos demais profissionais de saúde cuja autonomia deve ser respeitada. Ao discutir a formação médica, esta autora afirma:

Quando as reações à morte e comportamentos subsequentes de médicos são pobremente geridos, tais reações e comportamentos afetam negativamente e, ao mesmo tempo, o seu sentimento de bem-estar e o modo como lidam com a morte de seus pacientes. Temos de acompanhar a luta dos médicos em formação à medida que eles se aproximam da morte e do morrer, e analisar como a cultura de negação da morte produz impactos sobre suas reações e comportamentos. Temos de oferecer uma alternativa ao discurso de negação da morte predominante na sociedade ocidental de hoje e alguma esperança para o estabelecimento de uma cultura de aceitação da morte no campo da medicina e da educação médica (TUCKER, 2009, p. 1105, tradução nossa).

Machado & Jorge (2005, p. 203), nesta mesma linha de pensamento, afirmam que a negação “pode estar até mesmo a serviço de preservar a saúde mental do profissional, na medida em que ele tenta fugir desses sentimentos e do sofrimento psíquico e emocional que geram”.

Guimarães et al (2008, p. 185), a respeito das intervenções em saúde mental nas situações críticas consideram, também, que “a evitação ou negação de emoções difíceis de controlar é um mecanismo de defesa útil, provavelmente uma necessidade de sobrevivência psíquica, que não deve ser desativada”. Assim, parece existir um nível de negação da morte que é essencial para a manutenção da saúde do indivíduo e que o protege do colapso.

Estudos indicam que a negação da morte é fortalecida na formação de profissionais das áreas da saúde na medida em que a compreensão da morte é pouco ou nunca trabalhada nos cursos de graduação (SALOMÉ et al, 2009; TUCKER, 2009; SILVA & RUIZ, 2003). Portanto, se cuida da vida e se exclui o estudo e a reflexão sobre a fatalidade e a interrupção desse processo.

Assim como o medo da morte, a negação se constitui em defesa a ser considerada quando diante da morte e do morrer na atualidade, pois estar diante da morte é encarar o desconhecido e inominável, uma experiência terrificante e desoladora para o ser humano (MORIN, 1976).

Choron (apud KASTENBAUM & AISENBERG, 1983) categoriza o medo da morte em três tipos, a saber, o medo de morrer, o medo do que pode vir depois da morte e o medo da extinção, sendo este o medo básico da morte. Segundo Kastenbaum & Aisenberg (1983) essas distinções são especialmente úteis quando relacionadas à morte pessoal e à morte de outra pessoa. Assim, compreende-se que quando se trata da própria morte, o medo é de sofrer ou passar por indignidades no momento da morte, de experimentar o castigo e a rejeição após a morte e de se extinguir, virar nada. A respeito do medo básico da morte, Kastenbaum & Aisenberg (1983, p. 49) acrescentam:

O que uma pessoa parece sentir mais é a possibilidade de saber de sua morte iminente, ou de experimentar realmente o momento de sua morte. Conhecer e experimentar entrosam-se inseparavelmente em nossa condição de seres vivos psicológicos. Quando temos conhecer e experimentar não estamos, em certo sentido, temendo nossa própria existência?

Quando se trata da morte de outra pessoa, o medo da morte emerge como sofrimento ou desintegração vicária, em relação à pós-vida o medo é de ser retaliado e de perder o relacionamento com aquele que morre e, por último, o medo da extinção surge como vivência de ser abandonado e estar vulnerável e sozinho neste mundo (KASTENBAUM & AISENBERG, 1983).

Segundo Kübler-Ross (2008, p. 9), “a morte constitui um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-lo em vários níveis”. Para Kovács (1987), “o medo é uma resposta comum diante do fenômeno da morte com facetas muito particulares para cada um”. Portanto, são ressaltadas a universalidade e a singularidade do medo.

O medo é uma emoção também protetora, impeditiva, limitante. Ajuda na sobrevivência individual e tem impacto na sobrevivência da espécie. Ansiedade e temor são estados psicológicos esperados e compatíveis quando diante da morte e do morrer (KASTENBAUM & AISENBERG, 1983).

O agravamento da enfermidade do paciente pode levar à morte e isso pode significar uma fratura nesse ideal profissional. O processo de morte também pode ser prolongado e tempestuoso causando extremo sofrimento às pessoas que cuidam e ao próprio paciente tornando o estar doente ainda mais doloroso.

Dalmolin et al (2009) e Esslinger et al (2004) afirmam que a formação de médicos e enfermeiros é predominantemente voltada para cuidar da vida e dos que estão vivos sem levar em conta de que a morte faz parte desse processo. Promove-se a idealização do fazer e a instalação do sentimento de onipotência. Assim, as reflexões que envolvem a morte e o morrer, perdas e luto, situações críticas, são normalmente evitadas, pois dolorosas e indesejáveis. Segundo Franco (2003), pensamentos onipotentes culminam em ações onipotentes quando diante de pacientes gravemente enfermos.

Segundo estudos realizados com profissionais de saúde (SALOMÉ et al, 2009; GUTIERREZ & CIAMPONE, 2007; LEITE & VILA, 2005; ESSLINGER et al, 2004; RIBEIRO et al, 1998; SPÍNDOLA & MACEDO, 1994) ao lidar com a morte os profissionais passam da onipotência à impotência e a frustração é o sentimento resultante desse processo. Absorvidos pela impotência, medo, e sentimentos, como raiva, tristeza, ansiedade, culpa e dor

esses profissionais que lidam com o sofrimento humano no hospital revivem suas próprias cenas de vida, morte e perdas, atualizam e rememoram suas dores e medos, percebem-se findáveis no aqui e agora, reencontram sua “criança enlutada” (FRANCO, 2003).

No hospital, ainda, a morte é uma fonte de sofrimento entre outras que o profissional experimenta, levando ao seu desgaste físico e emocional, o que denuncia um risco permanente à saúde dos mesmos (DALMOLIN et al, 2009).

O profissional investe tecnicamente e é mobilizado afetivamente ao cuidar do paciente. Quando o paciente morre tudo é perdido, o esforço foi inútil. É assim que se produz o sofrimento vicário dos profissionais das áreas de saúde, assim como o medo de desintegração através da morte do outro, colocando esses profissionais em estado de vulnerabilidade diante da morte de pacientes no hospital. Nas palavras de Kastenbaum & Eisenberg (1983, p. 47):

À medida que as condições de meu amigo se deterioram, meu próprio estado de ânimo se torna mais aflito, e eu temo a continuação e a intensificação deste sofrimento vicário. (...) Devido ao meu envolvimento na vida do outro, seu processo agonizante tem sobre mim o efeito de desintegração vicária. Em certo sentido, eu também estou me desmanchando. Esta participação vicária no declínio de meu amigo traz-me o antegosto de meu próprio futuro (...) e serve de meio através do qual eu recebo a notificação do meu próprio falecimento.

A comunicação que se processa na conversa entre os profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, quando envolve a questão da morte, é referida como fator de intranquilidade ou mal estar para os mesmos, considerada difícil e até estressante, configurando uma fonte de sofrimento psíquico aos profissionais de saúde (Dalmolin et al (2009); Machado & Jorge (2005); Leite & Vila (2005); Silva e Ruiz (2003).

Vários estudos enfatizam a importância da comunicação franca e aberta com pacientes que estão morrendo e seus familiares. Assim, a humanização da comunicação, a personalidade desta, a possibilidade de estar ao lado de pacientes e seus familiares poderá favorecer o lidar com o momento crítico da morte sendo fator de prevenção em saúde (KÜBLER-ROSS, 2008; KOVÁCS, 2008c; KOVÁCS, 1998; MACHADO & JORGE, 2005; LEITE & VILA, 2005; SILVA & RUIZ, 2003).

Gutierrez & Ciampone (2007) relatam que alguns profissionais de saúde acreditam na vida após a morte. Assim, para esses profissionais, “a morte, como limite, possibilita o aflorar

de sentimentos negativos, mas, por outro lado, tem interligação com a imortalidade” (SALOMÉ et al, 2009, p. 685-686). Por outro lado,

Se a crença espiritual nos ajuda a colocar a morte em perspectiva, estamos à deriva quando rejeitamos as tradições religiosas que nos permitem formular algum significado em torno da morte e do morrer. Por sua vez, não temos facilmente integrado novos rituais e crenças para auxiliar o enfrentamento. A morte se tornou uma fonte de solidão, não de salvação, como nós lidamos com o significado da morte e morrer em uma sociedade individualista, desprovida de conexão espiritual. Se um dia enfrentamos a morte com serenidade agora a enfrentamos com medo e negação (TUCKER, 2009, p. 1105, tradução nossa).

A crença na imortalidade aparece sustentada por fatores religiosos, sendo que estes exercem influências sobre a concepção de morte e maneiras grupais e individuais de lidar com a finitude e o adoecimento. Conceitos e concepções de morte, assim como as crenças, se referem ao tipo de cultura, religião e educação de um determinado grupo social (SALOMÉ et al, 2009) e a “crença na continuidade da existência por meio de uma passagem para um plano metafísico ou o término da temporalidade terrena advém de uma cultura arraigada às civilizações antigas” (SILVA & RUIZ, 2003, p. 21).

Em termos gerais, as religiões ocidentais consideram a existência de *um mundo* após a morte. “Ater-se à idéia de um porvir paradisíaco alenta os indivíduos perante a irrefutabilidade da morte e de seu mistério cunhado pelas culturas, em especial ocidentais, como amedrontador e desamparador” (SILVA & RUIZ, 2003).

Os profissionais de saúde têm suas próprias crenças como suporte psicológico quando diante da morte (GUTIERREZ & CIAMPONE, 2007; SPÍNDOLA & MACEDO, 1994). Desta forma, podemos compreender que a religiosidade pode favorecer o suporte à angústia de morte e “parece funcionar como um ansiolítico diante da morte e do morrer” (SILVA & RUIZ, 2003, p. 21).

Ressalta-se que a brecha existente entre se saber mortal e se imaginar imortal dá lugar e origem ao mito, às religiões e crenças. As religiões, com seus ritos e crenças grupais, ocupam o vazio deixado pela morte e pelo morto, produzindo sentidos e fornecendo aos sobreviventes, suporte para lidar com o medo e a angústia da morte (MORIN, 1976).

Em outras palavras, a crença na imortalidade dá sentido à morte e aos que vivem afirmando, na sepultura, a individualidade. As religiões operam pela fé, se configuram enquanto salvação através da construção imaginária de algo que está por vir sendo a morte

uma passagem para outra etapa, o que implica em continuidade ou recomeço e não em fim. No Velho Testamento, a morte significa retorno ao lugar original e ao nada: “No suor do teu rosto comerás o teu pão, até que te tornes à terra; porque dela foste tomado; porquanto és pó e em pó te tornarás” (BÍBLIA, Gênesis 3;19).

A esperança surge enquanto aspiração à cura. No dito popular, “*a esperança é a última que morre*”. Esta atitude é naturalmente disseminada e incentivada pelos profissionais de saúde, tanto entre si enquanto equipe quanto ao próprio paciente e sua família. A desesperança, ao contrário, pode conduzir ao distanciamento e desinvestimento desses profissionais para com pacientes incuráveis (GUTIERREZ & CIAMPONE, 2007).

Segundo Freud (1990) “o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém” (p. 275). O luto é, portanto, o preço que se paga quando o indivíduo se liga afetivamente a um objeto, um objeto de amor. Freud (1990) distingue o luto da melancolia, ressaltando que no luto o mundo se torna pobre e vazio de sentido enquanto na melancolia é o próprio ego do indivíduo que se torna vazio. Em outras palavras, o mundo, para o enlutado, é cinza.

No hospital, constata-se o processo de luto naqueles que trabalham direta ou indiretamente com pacientes (FRANCO, 2003; OKAMOTO, 2004). Porém, não somente os profissionais enfrentam a morte e o sofrimento do luto. Em pacientes, o luto se processa de variadas formas. Pode ser devido à perda do corpo ou órgão saudável, da função desse órgão, dos papéis que ocupava na vida cotidiana, da perda da privacidade, das relações de outrora, dos objetos pessoais e rotineiros, sua comida de costume e seus horários, sua vida que está em outro lugar, fora do hospital. Esses usam as vestes do hospital, ocupam seus espaços segundo as rotinas nele estabelecidas, comem o que é servido, fazem o que é ali permitido e se colocam na posição de pacientes – com paciência e passividade - para serem assistidos por uma equipe multiprofissional de saúde. Junto com o paciente, seu grupo familiar e relacional também vivencia diversas perdas (COELHO, 2001).

Segundo Franco (2003) os profissionais de saúde se vinculam aos pacientes, especialmente àqueles com quem se identificam, seja pelo tempo de permanência no hospital,

pela história de vida ou qualquer outro fator importante tanto pessoal quanto profissional. O luto se revela de forma real e é, portanto, um luto legítimo.

O profissional que trabalha em hospital sabe que há pacientes especiais, com os quais se estabelece uma relação diferenciada. A morte deste paciente provoca luto, como se fosse por uma pessoa com a qual mantém relações de outra ordem, que não a profissional. É, portanto, um luto que precisa ser admitido, reconhecido e vivido em sua integridade, como um luto que tivesse ocorrido em outro contexto (2003, p. 103).

Como na maioria das relações, a relação entre profissional e paciente também se traduz pela ambivalência dos sentimentos. Quando em situações difíceis e na iminência da morte o contato pode se tornar impessoal e voltado ao seguimento das rotinas com ênfase aos aspectos técnicos. Em alguns casos, a tecnicidade restrita pode resultar em abandono, este principalmente simbólico. Isso pode ser interpretado como uma tentativa de autoproteção contra o sofrimento que a separação, devido à perda por morte, pode desencadear ao profissional de saúde (MACHADO & JORGE, 2005; RIBEIRO et al, 1998).

Em razão desta realidade cabe indagar: haveria a necessidade de uma educação para a vida e para morte? Mas o que significa educar para a morte?

2. TANATOLOGIA, PSICOLOGIA DA MORTE E EDUCAÇÃO PARA A MORTE

*Mas o corvo, sobre o busto, nada mais dissera, Augusto,
Que essa frase, qual se nela a alma lhe ficasse em ais.
Nem mais voz nem movimento fez, e eu, em meu pensamento
Perdido, murmurei lento, "Amigo, sonhos - mortais
Todos - todos já se foram. Amanhã também te vais.
Disse o corvo, "Nunca mais".
Edgar Allan Poe, em O Corvo.*

O movimento tanatológico moderno começou com a publicação de Herman Feifel, “The meaning of death” em 1959, desafiando o tabu da sociedade ocidental sobre a morte e abrindo o caminho para os estudos sobre o tema, com artigos de Carl Gustav Jung, Herbert Marcuse, Tillich, entre outros. Feifel (1959) afirmou que as pessoas poderiam viver melhor e plenamente se o tabu da morte fosse removido de suas existências. Além disso, afirmou que a tanatologia poderia contribuir ao desenvolvimento saudável do ser humano através da redução dos impulsos destrutivos e da agressividade.

O primeiro registro de um curso voltado à educação para a morte data de 1963 que fora realizado por Robert Fulton. Em 1971 havia registro de mais de seiscentos cursos de educação para a morte acontecendo simultaneamente nos EUA. Livros, artigos e pesquisas científicas se proliferaram e associações profissionais, como a “Association for Death Education/The Thanatology Association” (ADEC) surgiram. A tanatologia saíra da estante e começava a ser pensada em conjunto às questões práticas que afetam toda a humanidade. Ninguém pode evitar a morte - podemos apenas parcialmente controlá-la. Esta incapacidade de controlar totalmente a morte é uma condição difícil para o ser humano. Através do conhecimento e preparo para lidar com a morte é possível ultrapassar sentimentos de extremo medo e desespero diante da morte e o morrer (BRABANT & KALISH, 2008).

No início da EPM os conteúdos temáticos estavam voltados à morte ligada ao comportamento e estilo de vida tais como o suicídio e autodestruição; ao desenvolvimento cognitivo e emocional e atitudes diante da morte; ao processo de morrer, tendo o paciente terminal como foco central; e, ao estudo das perdas e do processo de luto (KASTENBAUM & AISENBERG, 1977, apud KOVÁCS, 1998).

A tanatologia é o estudo da morte, do morrer e do sofrimento que o luto provoca. Vem do grego *thanatos* que significa morte e *logia* que significa ciência. Também é a parte da medicina legal que se ocupa da morte e dos problemas médico-legais a ela relacionados. Esse estudo abrange os pensamentos, sentimentos, atitudes e eventos relacionados à morte. Pesquisadores sociais e das ciências biomédicas, bem como economistas, profissionais da saúde, historiadores, críticos literários, filósofos e teólogos contribuíram para o conhecimento dos fenômenos relacionados à morte. Portanto, a tanatologia é ampla, multidisciplinar, se produz através de diferentes olhares e está em permanente construção.

No que se refere ao movimento *hospice*⁴, em 1969, Kübler-Ross⁵ publicou “On death and dying” (Sobre a morte e o morrer), obra que mostrou ao mundo uma nova forma de lidar com o paciente terminal e com os sobreviventes enlutados através de seu trabalho com pacientes terminais nos Estados Unidos e, contribuiu para a compreensão do processo de luto através da descrição dos cinco estágios que eram vivenciados pelos pacientes antes de morrer: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão e aceitação.

Kübler-Ross (2008) chamou a atenção do mundo sobre a morte e o morrer especialmente no que diz respeito aos processos de comunicação com pacientes e seus familiares: o que falar e fazer ao paciente, como falar, como amparar, como permanecer ao lado, como cuidar de quem está morrendo e amparo aos sobreviventes enlutados. Afirmava que o paciente moribundo estava morrendo e não morto e propunha os cuidados paliativos aos pacientes em fim de vida.

⁴ O hospice moderno é um conceito relativamente recente que surgiu no Reino Unido após a fundação do Hospice Saint Christopher em 1967. Foi fundado por Dame Cicely Saunders, amplamente conhecida como fundadora do movimento do hospice moderno. O paliativismo tem crescido intensamente nos últimos anos (PALIATIVISMO).

⁵ Elisabeth Kübler-Ross, M.D. (8 de julho de 1926 — 24 de agosto de 2004), psiquiatra que nasceu na Suíça e autora do inovador livro *On Death and Dying*, onde ela primeiramente apresentou o agora conhecido Modelo de Kübler-Ross. Ela foi eleita em 2007 para o National Women's Hall of Fame dos Estados Unidos. Obras: KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969; KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Morte – estágio final da evolução*. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1975; KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Perguntas e respostas sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1979; KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *A morte: um amanhecer*. São Paulo: Pensamento, 1991. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *A roda da vida: memórias do viver e do morrer*. Rio de Janeiro: GMT, 1998 (KOVÁCS, 2008d).

Cicely Saunders⁶, no Saint Christopher's Hospice de Londres, introduziu meios apropriados de cuidar de pessoas e paliar o sofrimento, definindo o campo dos cuidados paliativos. Insatisfeita com os resultados do tratamento dispensado a pacientes em estado terminal, cujo sofrimento físico, psíquico, social e espiritual era frequentemente ignorado pela equipe que os tratava, funda o primeiro *hospice* em Londres, sendo reconhecida como a fundadora do moderno movimento hospice, visto que considerou a inadequação dos cuidados oferecidos nos hospitais às pessoas próximas da morte. Se com frequência, familiares e pacientes ouviam a afirmação de que nada mais havia a fazer ao pacientes fora de possibilidades terapêuticas curativas, afirmação que ela se recusava a aceitar. Durante todo o tempo em que teve atuação plena no St. Christopher's Hospice, sua frase padrão foi: 'temos muito mais a fazer ainda'.

No Brasil, de acordo com Kovacs (2008), Wilma da Costa Torres (1997) apresentou as primeiras obras sobre tanatologia, sendo a primeira psicóloga que se dedicou à sistematização da área. Em 1989 criou programa pioneiro de Estudos e Pesquisas em Tanatologia no ISOP/Fundação Getúlio Vargas, visando realizar pesquisas. E um setor de documentação e consultoria reunindo mais de 2000 fichas. Ainda segundo essa autora, são destacados os seguintes pesquisadores, entre esses: Othon Bastos Filho (1974) com o trabalho intitulado "Comportamento Suicida em uma Unidade Psiquiátrica de um Hospital Universitário" (Faculdade de Medicina do Recife); Fábio Hermann (1976) que escreveu "Gesto Autodestrutivo"; Luiza Aparecida Costa, da área de enfermagem com o trabalho "Situações de Vida e Morte"; e o de Wilma da Costa Torres (1978), com seu trabalho de "Investigação sobre o Conceito de Morte em Crianças de Diferentes Níveis Cognitivos" e, ainda, outras dissertações e teses realizadas após essa data, envolvendo aspectos mais teóricos, com os

⁶ Cicely Saunders: nasceu em 22 de junho de 1918, na Inglaterra, e dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Ela graduou-se como enfermeira, depois como assistente social e como médica. Escreveu muitos artigos e livros que até hoje servem de inspiração e guia para paliativistas no mundo todo (INSTITUTO PALIAR, 2012). Desde os anos 1960, pioneira do movimento pela causa da "boa morte" voltou-se aos cuidados de pacientes em fase avançada de doença crônica degenerativa. A médica inglesa sempre refutava: "ainda há muito a fazer". Faleceu em 2005, sendo cuidada no St. Christopher's. Defendeu a necessidade de desenvolvimento de uma medicina especificamente direcionada a uma etapa da vida e da doença, centrada no controle da dor e dos sintomas. Visando à integração dos cuidados a esse tipo de doentes no sistema nacional de saúde inglês, Saunders associa-se a políticos, advogados e à igreja, em especial a católica, além de difundir a necessidade de formação de profissionais na área médica com conhecimentos específicos. Os movimentos de protesto contra o abandono dos moribundos pelo sistema de saúde inglês foram se expandindo e, em 1985, foi fundada a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda. A Inglaterra foi o primeiro país a reconhecer, em 1987, a Medicina Paliativa como especialidade médica (MENEZES, 2007).

temas: luto, suicídio, pacientes em estágio avançado da doença e a formação de profissionais de saúde (KOVÁCS, PINK).

Em nosso meio, o I Seminário sobre Psicologia e a Morte (1980) ocorreu na Fundação Getúlio Vargas, sendo coordenado por uma equipe de psicólogos do ISOP, sendo os resultados reunidos no livro intitulado Psicologia e a Morte, publicado em 1983. Em 1981 foi criado o primeiro Curso de Pós-Graduação lato sensu de atualização em Tanatologia, de caráter multidisciplinar ofertado pelo ISOP e posteriormente pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (KOVÁCS, 2008b).

No ano de 1996 na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco foi criado o Laboratório de Estudos sobre o Luto - LELU e em 2000 foi fundado o Laboratório de Estudos sobre a Morte – LEM da USP/SP, vinculado ao departamento de psicologia da aprendizagem, do desenvolvimento e da personalidade, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Júlia Kovacs (KÓVACS, 2008). Em Fortaleza-CE, no ano de 2003 é criada a Rede Nacional de Tanatologia, coordenada por Aroldo Escudeiro (KOVÁCS, 2008c).

Em nossa Região Norte, no mês de junho do ano de 2004, sob a coordenação da Profa. Dra. Airle Miranda de Souza, foi implantado no Hospital Universitário Bettina Ferro Souza (HUBFS/UFGA) o Pronto Atendimento Psicológico nas Situações de Perda e Luto, desenvolvido durante quatro anos como Projeto de Extensão e Pesquisa em parceria com o Ambulatório de Ansiedade e Depressão - AMBAD, sob a coordenação do Prof. Marco Aurélio, ambos docentes da Faculdade de Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará.

Participavam das atividades vinculadas ao serviço acima referido alunos do Curso de Graduação em Psicologia recém-ingressados na academia ou já em formação envolvidos com a produção de Trabalhos de Conclusão de Curso, de Pós-Graduação e bolsistas de extensão. Como espaço de acolhimento e expressão para aqueles que demandavam o serviço era disponibilizada assistência imediata aos indivíduos que haviam sofrido perdas ou vivenciavam uma situação de crise. Os resultados alcançados culminaram na criação, no ano de 2008, do Laboratório de Estudos do Luto e Saúde - LAELS que passou a funcionar desde então no Hospital Universitário João de Barros Barreto.

De um modo geral considera-se que a resistência da sociedade em tratar do tema da morte tende a diminuir através da divulgação de conhecimentos produzidos em tanatologia e a EPM se configurou enquanto recurso significativo de educação em ambientes tanto formais quanto informais.

No entanto, segundo Tucker (2009, p. 1107, tradução nossa) “enquanto o movimento de cuidados paliativos iniciado nas décadas de 1960 - 1970 permitiu o discurso público da morte, o movimento paralelo de medicalização e da negação da morte podem ter neutralizado, até certo ponto, tal processo”.

Pine (1977, apud LINDBERGH, 2008) identificou três períodos na história da EPM: exploração (1928 - 1957), desenvolvimento (1958-1967) e, de popularidade (1967-1977). Também propôs uma classificação em EPM pura e aplicada. Por EPM pura entende a educação de pessoas acerca das atitudes diante da morte, facilitando o entendimento sobre o pesar e o luto, estudos sobre eutanásia e suicídio, sobre o efeito da morte parental às crianças e sobre o significado da morte para a própria pessoa.

A EPM aplicada estaria, então, voltada ao manejo adequado do morrer assim como a adaptação ao luto que se seguiria posteriormente ao sobrevivente. Exemplificando, podemos citar os trabalhos de Kübler-Ross, nos Estados Unidos, e Cicely Saunders, na Inglaterra.

Como transmitir o conhecimento tanatológico às pessoas que dele precisam?

Em 1977, Leviton (apud LINDBERGH, 2008) em “*Scope of death education*” conceituou a EPM e definiu seus objetivos:

Um processo de desenvolvimento no qual o conhecimento relacionado à morte e as implicações deste conhecimento são transmitidos. Identificou os seguintes objetivos da educação para a morte: prevenção primária (preparando indivíduos para eventos críticos de morte), intervenção (ajudar as pessoas a enfrentarem aspectos pessoais da morte), e reabilitação (estudo e entendimento das crises relacionadas à morte). (LINDBERGH, p. 197, tradução nossa).

Em especial recorte, as cartilhas produzidas pelo Departamento Americano de Serviços de Saúde são a memória daquela época. Intituladas “*Health Professionals and the bereaved*”, “*Helping Bereaved Children*” e “*Mental Health Professionals and the bereaved*”, de autoria de Osterweis & Townsend (1984), foram amplamente difundidas em hospitais americanos na década de 90 e em instituições de ensino.

Na “Introdução” da Cartilha “Health Professionals and the bereaved”, o cenário de mortes de americanos da época é descrito assim:

Todos os anos um número estimado de oito milhões de americanos experimentam a morte de um membro direto da família, e um número desconhecido experimentam o sofrimento pela morte de um parente ou amigo próximos. Todo ano há 800.000 novas viúvas e viúvos. O suicídio ocorre em pelo menos 27.000 famílias por ano (e provavelmente há mais já que o suicídio é subnotificado). Todos os anos aproximadamente 400.000 pessoas com idade inferior a 25 anos morrem. Apenas aqueles que morrem jovens escapam da dor de perder alguém que amam, devido à morte. Assim como cada tipo de relacionamento tem um significado especial, também cada tipo de morte implica em um tipo especial de dor para aqueles que são deixados para trás (OSTERWEIS & TOWNSEND, 1984, p. 1, tradução nossa).

As cartilhas tinham como objetivo capacitar os profissionais de saúde e instituições de saúde e educação para a assistência adequada à demanda de enlutados que surgira assim como a prevenção do suicídio, e difundia conhecimento sobre o luto para responder e tratar os efeitos da quantidade de mortes que ocorriam naquela época. Em seguida, no “Abstract”, de uma das cartilhas de Osterweis & Townsend (1984) o resumo da obra:

Baseado na premissa de que os prestadores de cuidados de saúde e as instituições têm a obrigação profissional de ajudar as famílias enlutadas, este folheto enfoca o papel do profissional de saúde em diminuir a angústia, ajudando a prevenir o adoecimento, ajudando os enlutados em busca de um desfecho satisfatório do processo de luto. As informações fornecidas neste guia foram projetadas especialmente para alertar os profissionais de saúde para os sinais e sintomas do luto a fim de encaminhar os enlutados a um profissional de saúde mental. A seção sobre o luto de adultos discute a necessidade de intervenção profissional. A seção sobre as crianças e o luto examina os medos infantis, as fantasias e comportamentos e identifica crianças em risco e com prognósticos ruins. As funções dos profissionais de saúde que trabalham com os enlutados são identificadas, os problemas específicos relacionados com a morte súbita são considerados, e as responsabilidades dos profissionais de saúde são discutidas. A próxima seção adverte sobre o uso de medicações para reações de luto. A seção sobre os recursos da comunidade discute a ajuda de leigos e a ajuda profissional, as características da clientela enlutada, o tempo e o impacto das intervenções de luto. As referências são incluídas; informações do grupo de apoio são anexadas (OSTERWEIS & TOWNSEND, 1984, tradução nossa).

Kastenbaum & Aisenberg (1983), em proposições gerais sobre o conceito de morte assinalam que este, basicamente, se processa como algo externo ao indivíduo, pois enquanto vivente, o indivíduo conceitua algo que se situa “no lado de fora” de sua mente. Mas, não há a comprovação do “que” está lá fora, nem tampouco se o “lá fora” existe mesmo. Conceitos de morte *são* conceitos. Segundo Kastenbaum & Aisenberg (1983, p. 3-4) enquanto conceitos de morte têm uma forma peculiar de existência acessível à análise e compreensão pela psicologia. Desta forma

Podemos estudar o desenvolvimento e a estrutura dos conceitos de morte no indivíduo. Podemos aprender como os conceitos de morte se harmonizam com todo o conjunto de conceitos do indivíduo. Podemos tentar descobrir relações entre os conceitos de morte e estados encobertos como ansiedade e resignação. Podemos tentar descobrir relações com comportamentos abertos, como ações arriscadas ou a compra de um seguro de “vida”. Podemos examinar culturas e subculturas sob o ponto de vista de seu conceito de morte e de suas implicações para a estrutura e funções sociais. Em resumo, estamos tratando a morte em primeiro lugar como um conceito psicológico.

Sobre os conceitos de morte, Kastenbaum & Aisenberg (1983, p. 4), seguem com as proposições:

Da relatividade: o conceito de morte é relativo e depende do desenvolvimento do ser. Para além da idade cronológica, o conceito de morte vai ter diferenças fundamentais no ciclo de vida do indivíduo.

Da complexidade: o conceito de morte é excessivamente complexo e, portanto, se constrói textualmente em pelo menos duas proposições. Ex.: a morte é o fim da vida.

Da mutabilidade: muda em cada indivíduo à medida que o tempo muda.

Da ambiguidade do conceito em relação ao desenvolvimento: o que é uma concepção madura, evoluída de morte? Não sabemos e não podemos expressar tal como uma curva de desenvolvimento altura por idade.

Da multiplicidade de conceitos de morte de um mesmo indivíduo em relação ao contexto situacional no qual se encontra: se está próximo de um ente querido que morre ou se está a assistir um filme com assassinatos vai expressar cognições e sentimentos diferentes sobre a morte.

Da inter-relação do conceito de morte com o comportamento: as concepções de morte podem permear outras concepções e comportamentos bem vivos, tais como insônia ou pânico, estes podem ter origem em preocupações e medo da morte.

Há diferenças importantes, segundo Kastenbaum & Aisenberg (1983, p. 6), nas concepções de morte, assim como atitudes e sentimentos, quando separamos as concepções dirigidas à morte de outros: “você está morto” e, de si mesmo: “eu morrerei”. Embora seja difícil manter clara distinção entre conceitos e atitudes, partimos do princípio de que basta uma conceituação, ou mera aproximação de um conceito, para que haja uma atitude sobre a morte para situar a relação do indivíduo com a morte (de outro e de si). Descrevemos tais

diferenças devido à importância estruturante na formação do pensamento – e da consciência - da morte.

A proposição “você está morto” enquanto conceito e atitude perante a morte do outro vai implicar, portanto em ausência, abandono e senso geral de separação. Nesse sentido, “Você está morto” implica em “Você está ausente”. Considerando que a percepção espaço-temporal é relativa ao desenvolvimento, para a criança ausência significa não aqui (espaço) e não agora (tempo). Para o adulto (que pode estar longe de você em outro lugar, outra cidade) “você está ausente” pode significar você está longe.

Por outro lado, “Estou abandonado” é uma recíproca à proposição anterior. A criança vive a “ausência” como presença de sentimentos de desconforto dentro de si. O desaparecimento do quadro de referência perceptivo espaço-temporal da criança tem efeito sobre o senso de segurança.

“Sua ausência” mais o “meu senso de abandono” contribui para o senso geral de separação. O senso geral de separação se refere à alienação das fontes de contato e apoio (segurança). Se for suficientemente crítica, pode ser vivenciada de forma a perder contato com o ambiente, não apenas com o que está ausente. Esta separação pode ser vivenciada com tamanha intensidade que o trauma torna ainda mais desolador os sentimentos de ausência e abandono.

Ainda, para a criança a separação não tem limites. Como não percebe o tempo – ou o futuro – a criança não poderá dizer a si mesma: mamãe foi trabalhar, mas voltará em uma semana. Não poderá distinguir entre separações temporárias (curto, médio ou longo prazo) de permanentes ou irreversíveis (final – a morte).

Compreender as diferenças e nuances conceituais que são vivenciadas ao longo do ciclo vital, desde a tenra idade à velhice e os diferentes pontos de referência em que se definem os olhares faz nexos com a vivência do profissional de saúde ao lidar com a morte, ou sua iminência, de pacientes no hospital. Faz nexos com sua própria vida e existência na medida em que sendo um indivíduo também percebe temporalmente e espacialmente os efeitos do senso geral de separação que traz consigo, internalizados, de seu desenvolvimento pessoal. O adulto traz consigo uma criança enlutada, que vivenciou a ausência, o abandono e a separação quando não tinha condições de desenvolvimento estruturadas para distinguir a separação

temporária da separação irreversível e definitiva. E o temor da separação, da morte, permanece como marca simbólica em seu psiquismo.

A proposição “eu morrerei” é mais difícil de formular dada sua complexidade e demanda de estrutura desenvolvimental, portanto cognitiva e emocional, para perceber inter-relações e efeitos.

“Eu morrerei”, pressupõe, segundo Kastenbaum & Aisenberg (1983, p. 8), “que o indivíduo desenvolveu uma razoável constelação de conceitos abstratos”. Portanto, ao dizer “eu morrerei” estou implicado nas seguintes afirmações:

Eu sou um indivíduo com vida própria, uma existência pessoal. Pertencço à classe de indivíduos dos quais um dos atributos é a mortalidade. Usando o processo intelectual de dedução lógica, chego à conclusão de que minha morte pessoal é uma certeza. Há muitas causas possíveis de minha morte e elas operam sob muitas condições diferentes. Embora eu possa me esquivar ou fugir de uma causa particular, não posso escapar de todas as causas. Minha morte ocorrerá no futuro. Por futuro, entendo um tempo de vida que ainda não transcorreu. Mas não sei quando no futuro minha morte acontecerá. O evento é certo; a hora, incerta. A morte é um evento final. Minha vida termina. Isso significa que nunca mais existirei, pensarei ou agirei, pelo menos como um ser humano nesta terra. Assim sendo, a morte é a derradeira separação entre mim e o mundo. “Eu morrerei” implica, assim, no desenvolvimento de autoconsciência, operações de pensamento lógico, concepções de probabilidade, necessidade e causação, de tempo físico e pessoal, de finalidade e separação. (...) Parece exigir o preenchimento de uma tremenda lacuna: desde o que eu experimentei da vida até a formulação do conceito de morte (KASTENBAUM & AISENBERG, 1983, p. 8-9).

Para os autores citados, “a morte é essencialmente uma não-experiência” (KASTENBAUM & AISENBERG, 1983, p.9). É percebida de fora, através de seres vivos que morreram – pessoas, plantas e bichos. Se não é possível experimentar – e ter consciência - do estado de morto, se não é possível experimentar – e ter consciência – da morte final, os conceitos de morte são meras aproximações ao objeto pois o modo de operar o pensamento e a percepção das realidades internas e externas estão a serviço da vida e se realizam em vida. A lacuna do incognoscível permanece apesar de todas as formas de aproximação ao objeto. E assim permanecerá neste texto que vai caminhar através das aproximações.

A EPM é uma disciplina que surge em meio à interdição e ao escancaramento da morte e do morrer contemporâneos, se dá no cerne de dois extremos que são, também, excessos: o ocultar (tabu) e o exhibir (espetáculo). Surge enquanto necessidade de preparo aos profissionais de saúde para lidar com situações difíceis proporcionadas pelo morrer e pela morte.

Kovács (2008b) desenvolve estudos e ações em EPM. Esta autora define educação como “desenvolvimento pessoal, autoconhecimento e cultivo do ser”, e EPM como:

Um estudo sobre a possibilidade do desenvolvimento pessoal de uma maneira mais integral, no sentido entendido por Jung (1960) como individuação, como desenvolvimento interior que se propõe durante a existência, que também pressupõe uma preparação para a morte (...). É essa proposta de educação, que ora apresento, envolvendo a comunicação, relacionamentos, perdas, situações limites. Inclui as fases do desenvolvimento, a perda de pessoas significativas, doenças, acidentes, até o confronto com a própria morte (KOVÁCS, 1996 apud idem, 2008c, p. 193).

É necessário educar para a morte. Kovács (2008c, 2008b) nos afirma esta necessidade alertando para os problemas aos quais estão propensos os profissionais de saúde nos hospitais e clínicas de saúde onde, constantemente, se veem diante da morte, de perdas significativas e do luto, especialmente pelo aumento das taxas de mortalidade na juventude devido a causas externas e, pelo aumento da longevidade, trazendo consigo um aumento na ocorrência de doenças degenerativas e malignas.

3. GRUPOS: DEFINIÇÕES E FUNÇÕES

*Todos juntos somos fortes
Somos flecha e somos arco
Todos nós no mesmo barco
Não há nada pra temer
- Ao meu lado há um amigo
Que é preciso proteger
Todos juntos somos fortes
Não há nada pra temer.*

Chico Buarque, em *Saltimbancos: Todos Juntos*

Quando imaginamos um grupo nos vêm imediatamente à mente a imagem de pessoas reunidas que mantêm, entre si, semelhanças. Estas semelhanças podem ser lidas, interpretadas e, num conjunto, são tidas como a identidade daquele grupo. Em suma, uma porção de coisas em comum que dizem algo sobre todos: somos um grupo. Poderia ficar em somos um... Quer dizer que o “grupo é um, é identidade, é formado por indivíduos idênticos em coisas, atos, valores, objetivos. O grupo constitui uma id-entidade (id=igual, ente=ser, *que fala do que é do ser*) e é, por fim, uma instituição” (ROCHA, 1998, p. 6).

Osório (2003) compreende grupo enquanto sistema humano. “Sistema humano é, em nosso entender, todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados” (p. 57). Desta forma distinguem-se grupos – ou sistemas humanos – de um conjunto de pessoas que não agregam tais características.

Martin-Baró (1989, p. 206, apud ROCHA 1998, p. 4) conceitua grupo como “aquela estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canaliza em cada circunstância suas necessidades individuais e/ou os interesses coletivos”. Rocha (1998) assinala que proceder ao exame do grupo no interior da história e de forma dialética, significa trazer à tona três elementos essenciais. São eles: a identidade grupal, o poder do grupo frente aos demais grupos e a significação social da atividade realizada pelo grupo.

A identidade grupal é a totalidade a que se refere o grupo e que o distingue de outros (alteridade). Os indicadores dela aparecem em três aspectos: sua “formalização organizativa”, correspondente a uma estruturação interna que confere certo grau de institucionalização ou regulação das ações sobre os membros; suas “relações com outros grupos”; e a consciência de “pertencença” dos membros ao grupo (...). O poder, elemento constitutivo da identidade, propicia relações concretas advindas de diferentes recursos possuídos frente aos outros grupos. Por último, a atividade grupal deve ser considerada pelos significados que adquire frente à vida social e,

também, para os próprios membros. Essa realização de objetivos deve apontar para ações coerentes que implicam no fortalecimento do próprio grupo (ROCHA, 1998, p. 4).

O indivíduo é pertinente ao grupo (pertence, faz parte, é de acordo com) e o grupo pertence ao próprio indivíduo ao denominá-lo “meu grupo”. É um pertencer em-si-para-si. O grupo constitui sua identidade a partir de sua atividade. Relações de poder e transferência sempre existirão nas relações grupais, o foco sobre ambas dependerá dos objetivos do grupo.

Podemos então considerar que grupo é identidade, é poder e ação. Segundo Zimmerman (2000), a conceituação de grupo é imprecisa e pode designar uma variedade extensa de acepções. Podem ser muitas definições, desde uma família, três pessoas conversando, uma classe escolar, etc. Ainda há o agrupamento, que para este autor, equivale a “um conjunto de pessoas que convivem partilhando espaço e que guardam entre si uma certa valência de inter-relacionamento e uma potencialidade em virem a se constituir como um grupo propriamente dito” (ZIMERMAN, 2000, p. 83). Portanto, distinguem-se agrupamento e grupo.

Um grupo será um grupo, se preencher alguns requisitos: o grupo é uma entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos; os integrantes de um grupo se reúnem em torno de uma tarefa e objetivo comum; o tamanho não pode ser excessivo à custa de prejuízo na comunicação visual, auditiva e verbal; o enquadre é instituído, ou seja, haverá um conjunto de acordos acerca de onde se reunir, em que horários e em que condições; é uma unidade que se manifesta como totalidade, é mais do que os indivíduos que o contêm e sua existência está a serviço de seus membros e o determina; preserva, ao mesmo tempo, indivíduo e grupo enquanto totalidades; em todos os grupos coexistem forças ambivalentes, uma tendente à sua coesão e outra tendendo à sua dissolução (ZIMERMAN, 2000).

Sobre isso, afirma Zimmerman (2000, p. 84):

A coesão do grupo está na proporção direta, em cada um e na totalidade dos sentimentos de “pertinente” (é o “vestir a camiseta”, próprio de um *sprit de corps*) e “pertencência” (o indivíduo se refere ao grupo como sendo “o meu grupo...”, e implica no fato de cada pessoa do grupo ser reconhecida pelos outros como um membro efetivo). Por outro lado, a coesão grupal também depende de sua capacidade de perder indivíduos e de absorver outros tantos, assim como de sua continuidade.

Além das características acima, se forma um campo grupal dinâmico, em que circundam fantasias, papéis, desejos, ansiedades, frustrações, identificações, etc.. É uma estrutura que vai além da soma de seus elementos. Segundo Zimmerman (2000):

Este campo é composto por múltiplos fenômenos e elementos do psiquismo e, como se trata de uma estrutura, resulta que todos estes elementos, tanto os intra como os intersubjetivos, estão articulados entre si, de modo que a alteração de cada um vai repercutir sobre os demais, em uma constante interação entre todos. Por outro lado, o campo grupal representa um enorme potencial energético psíquico, tudo dependendo do vetor resultante do embate entre as forças coesivas e as disruptivas. Também é útil realçar que, embora ressaltando as óbvias diferenças, em sua essência as leis da dinâmica psicológica são as mesmas em todos os grupos (p. 84).

Zimerman (2000) propõe uma classificação de grupos baseada na finalidade a que cada grupo se propõe e se constitui enquanto entidade. Apresentamos esta classificação, a partir de dois grandes grupos, são eles: grupos operativos e grupos terapêuticos.

O conceito de grupo operativo foi elaborado por Pichon-Rivière que reuniu elementos de psicanálise freudiana e da teoria de campo de Kurt Lewin (AFONSO, 2006, p. 20). Com base em Pichon-Rivière, a autora define o grupo operativo:

Como um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e no espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa, interagindo para isto em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si.

A construção, sistematização e divulgação de grupos operativos se deve a Pichon-Rivière que, “construiu o seu ‘esquema conceitual referencial operativo’ (ECRO) considerando uma série de fatores, tanto conscientes como inconscientes, que regem a dinâmica de qualquer campo grupal, e que se manifestam em três áreas: mente, corpo e mundo externo” (ZIMERMAN, 2000, p. 90).

Pichon-Rivière construiu uma sólida e extensa teoria dos grupos, da qual podemos elencar os seguintes conceitos, citados assim, por Zimerman (2000, p. 91):

Teoria dos vínculos (todo vínculo bicorporal é sempre tripessoal, tendo em vista os personagens parentais que estão introjetados em cada indivíduo); Formação de papéis (porta-voz; bode expiatório; sabotador; líder. Que, por sua vez, pode ser do tipo autoritário, democrático, laissez-faire ou demagógico); Esquema corporal (tem muita similitude com o “estágio do espelho”, de Lacan); Modelo do “cone invertido” (leva em conta os seguintes sete vetores: afiliação, pertencência, pertinência, comunicação, aprendizagem, cooperação e “tele”, sendo que este último designa o clima emocional do grupo); Conceitos de verticalidade (a história de cada indivíduo) e de horizontalidade (o aqui agora da totalidade grupal); Conceito de “pré-tarefa” (movimentos grupais que impedem a realização de uma ação de real transformação); A noção dos “três D” (o depositante, o depositado e o depositário das ansiedades básicas que, inevitavelmente, surgem no campo grupal).

Organizar o grupo em torno da tarefa é a função primordial do coordenador de grupos operativos. E, somente nos casos em que há interferências e entrave ao seu desenvolvimento que o mesmo recorre à interpretação.

Os grupos operativos subdividem-se em: de ensino-aprendizagem ou de reflexão, institucionais (realizados nas escolas, empresas, etc.); e, comunitários (por exemplo, programas de saúde mental). Segundo Osório (2007b, p. 32) os grupos operativos se constituem em modelos híbridos constituídos a partir dos referenciais teóricos da psicanálise e da dinâmica de grupos de Kurt Lewin.

Os grupos de ensino-aprendizagem ou de reflexão realizados em hospitais, em geral multidisciplinares, não visam aos efeitos terapêuticos mencionados. Por serem heterogêneos e abertos às discussões que emergem, contemplam estudos específicos, exploração e discussão de pontos de vista a partir da diversidade disciplinar, estudos de casos clínicos, entre outras discussões que envolvem a atividade profissional e as equipes de trabalho implicadas.

Os grupos de reflexão surgiram no cenário das práticas grupais na década de 60. Alejo Dellarossa se consagrou a partir da publicação, em 1979, de *Grupos de Reflexión*, onde tece as características desta técnica e, segundo Osório (2007a, p. 132-3):

Dellarossa, ao sistematizar as técnicas dos grupos de reflexão, observou que seu objetivo precípuo era propiciar aos alunos, durante sua formação, a oportunidade de viverem a experiência de participar como membros de um grupo, e que esse grupo se constituísse em um espaço no qual pudessem elaborar as tensões engendradas pelas atividades do curso, a relação com os professores e entre os colegas. Ainda que o foco fosse o exame das dificuldades relacionais presentes durante a tarefa de aprendizagem, não se deveria esperar que tais grupos cumprissem funções terapêuticas, devendo, portanto, seus coordenadores evitar a utilização do material emergente para fazer considerações que invadissem a vida privada dos participantes.

Na modalidade grupal de grupos terapêuticos consideramos uma segunda divisão: grupos de autoajuda, segundo Osório (2007a, p. 126), melhor denominados de grupos de “ajuda recíproca”, e psicoterápicos propriamente ditos.

Os grupos de ajuda recíproca surgiram a partir dos AAs (Alcoólicos Anônimos), nos Estados Unidos, datados de 1935 a partir de dois alcoólatras tentando superar os problemas que tinham com a bebida (idem, p. 127). Esse modelo de grupo homogêneo coordenado por lideranças emergentes inspirou a criação de outros grupos com características semelhantes já coordenados por psicoterapeutas. Os grupos de ajuda recíproca agrupam pessoas com semelhanças entre si, que em geral têm as mesmas necessidades e buscam os mesmos objetivos. Desta forma são também chamados de grupos homogêneos (de sofrimento compartilhado) segundo Osório (2007b, p. 108) onde os participantes são agrupados por categorias diagnósticas (pacientes asmáticos, pacientes diabéticos) ou por situações de vida

que geram afinidades entre os componentes do grupo (gestantes, profissionais de saúde, idosos, etc.) e focados em temáticas previamente definidas. Esses grupos cresceram muito nas últimas décadas e têm aplicação na área médica em geral. Os grupos de ajuda recíproca se realizam segundo os objetivos da tarefa grupal, a saber: de adictos; de cuidados primários de saúde; de reabilitação; de sobrevivência social; de suporte; de problemas sexuais e conjugais, entre outros.

Os grupos psicoterápicos propriamente ditos, para além de terapêuticos, se baseiam em intervenções no campo psíquico e comportamental. São eles: os de base psicanalítica, psicodramática, sistêmica, cognitivo-comportamental e com abordagens múltiplas.

Não é nosso objetivo exaurir as concepções de grupo, mas elencar alguns de seus elementos constitutivos e tipos possíveis de modo a contextualizar aos Grupos Centrados buscando suas bases estruturantes.

Os grupos de suporte, apesar de figurarem enquanto grupo de ajuda recíproca (ZIMERMAN, 2000; OSÓRIO, 2007a), são também, segundo Campos (2007), grupos psicoterápicos, dada sua base psicodinâmica. São compreendidos como uma modalidade de psicoterapia grupal baseada em técnicas breves, intervenções focais, de apoio, educativas, entre outras. Têm ampla aplicação no tratamento de doenças físicas e psíquicas, especialmente quando seus integrantes vivenciam uma situação comum, definida pela hospitalização, pela patologia, ou quaisquer características que sejam compartilhadas.

Portanto, segundo Campos (2007, p. 121), os fatores que parecem contribuir na ação terapêutica dos grupos de suporte com pacientes somáticos são:

Apoio dado pela equipe e pelo grupo por meio de relações afetuosas, asseguradoras, cuidadoras e empáticas mantidas entre todos; identificação e troca de experiência com outros pacientes; espaço para expressão de sentimentos (catarse); espaço para informação e reflexão acerca da doença e dos fatores a ela relacionados; regularidade no atendimento.

Em atenção à saúde dos cuidadores, compreendidos como “profissionais da área de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc.), cuja função precípua é cuidar de pacientes e promover seu bem-estar físico, psicológico e social” Osório (2007a, p. 127-8) afirma que na prestação dos cuidados é exigida:

Uma atitude e disponibilidade por parte desses profissionais que vai além de suas competências técnicas para o exercício de suas funções, além de que lidar com o

sofrimento que sempre acompanha a perda da saúde, muitas vezes exercendo atividades nas fronteiras entre a vida e a morte, é fator altamente estressante e, por si só, determinante de uma sobrecarga emocional a tais “cuidadores”. Somem-se a essa as sobrecargas, não-específicas de suas funções, mas certamente por elas exacerbadas, provindas da relação com colegas e do contexto institucional em que atuam.

Osório (2007a, p. 128; 2007b, p. 130) desenvolve um modelo de cuidado ao cuidador que inclui: atenção continuada através de grupos de elaboração; interconsultorias vivenciais e laboratórios de relações interpessoais. A experiência deste autor que conjuga técnicas diferenciadas em seus grupos com profissionais de saúde é relevante, pois, assemelham-se aos resultados desta pesquisa, os quais veremos adiante.

Também seja denominado de grupo de apoio, aqui optamos pela terminologia grupo de suporte. Segundo Campos (2007, p. 119) “os grupos de suporte têm como objetivo principal o reforço ou a reestruturação do *self*⁷, a elevação da autoestima e da autoconfiança e uma conscientização maior do indivíduo sobre si mesmo. São grupos de ‘reabastecimento’ ou ‘fortalecimento’”. Caracterizam-se como grupos homogêneos e têm como objetivos reforçar os vínculos e ajudar as pessoas no processo de tomada de consciência e desenvolvimento de defesas mais adequadas à realidade que vivenciam.

Os grupos de suporte, no *setting* hospitalar, visam: promover um espaço terapêutico, no qual os participantes possam expressar seus medos, dúvidas, temores, angústias, fantasias, entre outros sentimentos; minimizar o sofrimento decorrente do adoecer de um ente querido e da hospitalização; universalização dos sentimentos e trocas de experiências; incentivar interação e solidariedade entre participantes; esclarecer, informar sobre procedimentos hospitalares; orientar e estimular a família quanto à importância da mesma à promoção de saúde, estimulando um papel ativo por parte de seus membros; orientar e educar em saúde, entre outros objetivos. Em outras palavras, objetivam reestruturar ou reforçar o *self*, promover coesão e apoio, favorecer a universalização e reabastecimento e fortalecimento.

Campos (2007, p. 114), ao elencar as características fundamentais de grupos de suporte com pacientes somáticos, considera que:

(...) a condição inicial é a de que as pessoas estejam juntas de modo relativamente constante. Não há suporte se não há encontro. A seguir, o sentimento amoroso é, talvez, o cerne dessa ligação ou vínculo que o suporte pressupõe, pois, havendo amor, haverá carinho, acolhimento, aceitação e respeito pelo outro. E haverá ímpeto

⁷ *Self* – eu, si mesmo.

para cuidar fisicamente e estar disponível. Por fim, e não menos importante, será a capacidade de se colocar no lugar do outro, de empatizar, de compreendê-lo nos gestos, nos sentimentos e nas palavras. De trocar informações de modo franco, aberto, transparente, buscando e dando esclarecimentos claros e precisos.

Além dos fatores terapêuticos relacionados por Campos (2007) já citados neste trabalho (v. p. 44), ressaltamos, a partir de nossa vivência realizando grupos no *setting* hospitalar, que os grupos de suporte:

Favorecem o teste de realidade, possibilitando a diminuição das fantasias acerca da doença e do tratamento; Possibilitam a universalização dos sentimentos o que diminui o fardo individual. A saudade, a dor, o medo da morte, as lembranças podem ser compartilhadas, choradas, desabafadas; Contribuem para a não banalização da vivência, ou seja, coisas consideradas “pequenas” por uma pessoa são ouvidas com atenção e consideração pelos demais, ou ainda o medo ou vergonha de perguntar alguma coisa por achar “que já deveria saber” é vencido, superado, pois, no grupo, pode-se perguntar o que quiser, tudo será considerado com atenção, carinho e cuidado; Desenvolvem, fortalecem e ampliam a rede suportiva para além da sessão grupal. O acolhimento, o carinho, o respeito e a atenção obtidos no grupo fortalecem as relações; São educativos, o que favorece a elucidação de aspectos importantes do adoecimento e da recuperação da saúde, reduz a ansiedade e o stress proveniente do desconhecido; Minimizam as relações de poder, pois o saber que se produz é um saber de todos, assim como a possibilidade de participação da dupla paciente acompanhante numa mesma sessão, podendo melhorar os vínculos já existentes por meio da explicitação e do compartilhar suas vivências com os demais; Permitem, pelo enquadre e flexibilidade à entrada de novos participantes a cada sessão, a sua existência e realização semanal numa enfermaria de clínica cirúrgica. Portanto, a cada sessão um novo grupo se configura, pacientes recém-chegados participam pela primeira vez, pacientes com alta se despedem... Esta flexibilidade o torna extremamente adaptado à realidade da clínica cirúrgica e dos pacientes que estão internados. São estratégias que possibilitam atender um número grande de pacientes se comparadas aos atendimentos individuais. Isto, a nosso ver, é uma vantagem não só numérica, na medida em que os fatores terapêuticos obtidos através da rede suportiva que se forma a partir dos grupos é incontestável. Produzem efeitos terapêuticos também na equipe de saúde. Esta costuma incentivar os pacientes, favorecer, colaborar e manifestar (muitas vezes somente num sorriso, numa expressão de acolhimento) satisfação quando os grupos são realizados (HERINGER, 2008, p. 64-6).

Ao que afirma Osório (2007a, p. 129-132) sobre o modelo de cuidados com os cuidadores, baseado em três técnicas distintas e complementares, a saber:

Atenção continuada por meio de grupos de elaboração, em que são trazidas situações vivenciais geradoras de estresse no relacionamento com pacientes e seus familiares, com participantes do próprio grupo ou com outros colegas do local de trabalho, bem como com as instâncias administrativas das instituições onde exercem suas atividades profissionais (p. 129);

Interconsultorias vivenciais: trata-se de um exercício grupal em que um dos participantes (o consultado) relata uma situação de trabalho que o tenha sobrecarregado emocionalmente, seja pela condição mórbida do paciente-alvo de seus cuidados, seja pela dificuldade em lidar com seus familiares (...) outro participante funciona então como consultor, procurando auxiliar o consultado a visualizar sob diferentes ângulos a situação que o perturba, bem como a ensaiar distintas maneiras de lidar com ela (p. 130); e,

Laboratórios de Relações Interpessoais: são encontros intensivos de fins de semana com propósitos similares aos das opções já referidas e que, eventualmente, se oportunizam pelo desejo dos cuidadores de, a curto prazo e em caráter emergencial, resolverem situações agudas de “acúmulo de lixo psíquico” em sua práxis profissional (p. 132).

Reflexivos, de ensino-aprendizagem ou suportivos, ressalta-se a importância dos grupos em contextos hospitalares, tanto para pacientes internados e seus familiares, quanto para profissionais de saúde (cuidadores) visto que, além de funções terapêuticas eles resgatam e legitimam as relações entre as pessoas e, num mundo de vazios internos e externos, isso nos parece educativo e revolucionário.

III. MÉTODO

COMPARTILHANDO CAMINHOS: SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO

A ideia da morte, o medo dela, persegue o animal humano como nenhum outro, é uma mola mestra da atividade humana concebida principalmente para evitar a fatalidade da morte, para superá-la, negando, de alguma forma que é o destino final de o homem.

Ernest Becker, em *A Negação da Morte*.

Com intuito de compreender os significados e sentidos atribuídos à experiência de participar dos grupos elegi a abordagem qualitativa como percurso metodológico. Ao descrever buscamos as singularidades e como os fenômenos se apresentam em si mesmos, para cada indivíduo entrevistado. Interessa-nos, pois, o particular e não o geral, os processos e não os produtos (TRIVIÑOS, 1987).

Tradicionalmente as ciências sociais tiveram no positivismo e no método quantitativo o seu grande ápice sendo o desenvolvimento da pesquisa qualitativa um advento histórico importante que nasceu na investigação etnográfica, no seio da antropologia e depois, com os estudos comunitários, foi incorporada também pelos sociólogos (TRIVIÑOS, 1987). É sensato reafirmar que os paradigmas foram questionados: a ciência e o cientista adquiriram novos contornos, pois baseados em uma nova visão de homem e de mundo.

Os critérios de pesquisa, o papel do pesquisador, a neutralidade e objetividade antes asseguradas pelo rigor positivista foram questionados e os parâmetros mudaram: da busca por explicações dos fatos com ênfase às suas causas e consequências se passou à busca da compreensão do humano, inserido em condições singulares, tanto culturais quanto históricas (TRIVIÑOS, 1987).

Estudos qualitativos buscam revelar como as coisas acontecem ao invés de buscar o quanto ou porque acontecem. Seus resultados refletem a realidade específica estudada, a partir da indução, ou seja, criação de hipóteses *a posteriori*, sendo o pesquisador livre de pressupostos, ideias ou hipóteses pré-concebidas, ou seja, deve estar aberto à percepção dos fenômenos como eles se mostram.

Estudar fenômenos humanos em profundidade pressupõe considerar que cada um é dotado de sentimentos, crenças, valores, preferências, de modos de ser peculiares, únicos e socialmente construídos e compartilhados estando para além da objetividade suposta como

clara e distinta pelo positivismo. Em outros termos, significa admitir a natureza subjetiva da própria realidade, deste modo percebida, sentida, significada e passível de ser compreendida e transformada pelo sujeito.

Aqui cabe definir fenômeno. Turato (2008) retoma o conceito de fenômeno como aquilo que se mostra em si mesmo e se revela à consciência tal como se apresenta aos sentidos, tal como é, a partir da concepção heideggeriana da fenomenologia. O fenômeno implica na existência de uma consciência que o percebe. Ainda, afirma que “se a abrangência deste conceito de fenômeno recai amplamente sobre todas as realidades, todo o existente é fenômeno” (TURATO, 2008, p. 246).

Segundo Souza & Matos (2004, p. 220) “esse tipo de estudo pode, desse modo, ser concebido como um empreendimento abrangente e multidimensional”. Partimos, então, da relação sujeito-pesquisador, sujeito-pesquisado e objeto de pesquisa como única, abrangente e multidimensional. Portanto, situada, permeada de historicidade, dialética, complexa e em permanente movimento.

Compreender os significados e sentidos de ter participado dos Grupos Centrados vai demandar, portanto, exaustivo debruçar-se sobre os dados coletados sendo todos considerados importantes e situados e um método capaz de fazer florescer e possibilitar tal captura: o método clínico-qualitativo.

Turato (2008) define o método clínico-qualitativo enquanto uma “particularização e refinamento” dos métodos qualitativos gerais, abrangendo suas características essenciais de pesquisa naturalística, realizada onde o fenômeno se mostra; descritiva e preocupada com o que se mostra; voltada aos processos e como acontecem; e, indutiva, ou seja, produtora de hipóteses após o contato do pesquisador com a realidade pesquisada.

O método clínico-qualitativo (TURATO, 2008) vai ao encontro de nossos objetivos, pois possibilita o aprofundamento com ênfase aos sentidos e significações dos fenômenos estudados. Importante definir que significado e significação vêm do latim *significatus*, que é a representação na linguagem, do significante advindo ainda de *signum*, que é uma marca. O sinal é aquilo que representa, que quer dizer alguma coisa. O termo sentido vem do latim *sensus* e se refere ao que é percebido, sentido pelo sujeito e orienta para uma direção (MICHAELIS, 2000).

Assim:

Quando buscamos conhecer as significações, buscamos interpretar e compreender a realidade, do que é único para aquele que expressa uma ideia, uma fala, ou um sentimento. (...) Nesta perspectiva, a preocupação transcende o acúmulo de informações quantitativas centrando-se no que há de mais peculiar no cenário a ser investigado (MONTEIRO, 2008, p. 25).

Interessa-nos as significações da experiência de participar dos grupos de estudos sobre o luto, a morte e o morrer e capturá-los, a partir da escuta e observação dos sujeitos de pesquisa, tem centralidade nesta pesquisa, para além de quaisquer outros dados embora a eles aliados. Significados e sentidos são apreendidos pela escuta clínica, em *setting* de pesquisa apropriado, numa relação pesquisador-pesquisado capaz de produzir tais elementos. Daí o uso do método clínico-qualitativo, método que valoriza o encontro e tem na entrevista clínica seu momento crucial.

Vale ainda considerar que participei como integrante desses grupos em um período anterior à coleta dos dados, sendo que por ocasião da mesma eu não mais participava dessas atividades em razão das aulas do mestrado e do trabalho desenvolvido em outra instituição.

Colaboradores

Participaram deste estudo dez colaboradores que desenvolviam suas atividades no Hospital Universitário João de Barros Barreto enquanto discentes, docentes ou técnicos e que tinham participado (ou ainda participavam) dos Grupos Centrados por, pelo menos, cinco encontros.

Portanto a amostra foi constituída por variedades de tipos de colaboradores que foram reunidos pelo critério da homogeneidade fundamental, isto é, por uma determinada característica ou variável que era comum a todos eles: ter participado ou participar dos grupos.

Como critérios para seleção da amostra foram considerados os colaboradores com maior número de participação nos grupos, cuja inserção nos grupos ocorreu por demanda espontânea e que concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

Foram excluídos os que não obedeciam aos critérios da pesquisa.

Procedimentos para coleta dos dados

Como instrumento para coleta dos dados foi utilizada a entrevista estruturada que continha três partes. A primeira contemplava os dados sociodemográficos. A segunda os dados de formação dos profissionais. A terceira contemplava cinco perguntas abertas (APÊNDICE B). Cada entrevista foi gravada e transcrita após o consentimento do entrevistando.

Submissão ao comitê de ética

A coleta dos dados foi iniciada somente quando da aprovação do referido estudo no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Foi registrada no referido CEP com o número 1317/11 por estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde no Brasil (ANEXO A).

Riscos e benefícios

Quanto aos riscos decorrentes do estudo ressaltamos que o mesmo não envolveu qualquer dano ao sujeito, visto que os instrumentos de pesquisa foram elaborados no sentido de estimular a expressão dos participantes, envolvendo temas que são abordados nos grupos e ainda aqueles temas referentes à avaliação dos grupos. No que se refere aos benefícios se ressalta a produção do conhecimento na área em estudo.

Ambiente

O trabalho foi realizado em uma das salas do hospital onde eram realizados os grupos. Nesta são observadas as condições necessárias à realização da pesquisa.

Materiais e equipamentos

Foram utilizados os materiais que se fizeram necessários para realização do estudo, tais como: papel A-4; canetas; folhas de registro; gravador de voz; impressora e microcomputador - PC.

Análise dos dados

Para análise dos dados foi realizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

A análise de conteúdo se organiza em três momentos cronológicos, a saber:

a) a pré-análise onde se realiza a organização intuitiva e aberta do material. Com a leitura flutuante o pesquisador deixa-se invadir e impregnar pelas impressões que lhe surgem. O material resultante vai constituir o corpo discursivo a ser analisado, levando à posterior formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores, categorias e subcategorias temáticas definidas *a posteriori*, conforme sua aparição nos textos, agrupados segundo o critério semântico que consiste em descobrir núcleo de sentidos, cuja presença ou frequência de aparição apresentam uma significação para o objetivo analítico escolhido assim como a codificação e testagem das técnicas.

O termo “sentido” é utilizado nesse estudo de acordo com a definição de Turato (2008, p. 248): “podem ser percebidos pelo próprio do sujeito ou pelo observador como possuindo uma tendência (tende para um lado) e pode-se conhecer para onde eles apontam, para que lado (ou lados) devemos jogar nosso olhar”.

b) a análise com exploração do material, fase na qual as técnicas analíticas são usadas no conjunto do corpo discursivo sendo que os dados são recortados e compilados de acordo com os conteúdos a partir das unidades de significado (categorias e subcategorias) definidos *a posteriori*;

c) o tratamento dos resultados onde é feita a seleção dos mesmos permitindo inferências e interpretação, segundo a teoria de base utilizada para esse fim, neste caso, a psicodinâmica (BARDIN, 2009, p. 121).

IV. RESULTADOS

1. ABRINDO A PORTA...

*Sei que vou morrer, não sei o dia, levarei saudades da Maria
Sei que vou morrer, não sei a hora, levarei saudades da Aurora
Quero morrer numa batucada de bamba, na cadência bonita do samba.*

Ataulfo Alves e Paulo Gesta, em *Na Cadência do Samba*.

Dia e hora de realizar o encontro grupal: quartas-feiras, 9 h. A sala está lá. Não é sala cativa aos grupos centrados. É apenas uma das salas que fazem parte do Centro de Estudos do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Mas no dia do grupo, gentilmente o servidor do hospital afixa na porta uma pequena, colorida e alegre placa de identificação do laboratório – LAELS, avisando que o laboratório, naquela manhã, vai estar presente, nele haverá um encontro de pessoas que chegarão para dialogar sobre a morte e morrer.

E começam as atividades logo cedo, às oito e meia. As pessoas vão chegando e com abraços e olhares sinalizam a alegria e a disponibilidade ao reencontro, em estar ali. Trazem consigo a curiosidade pelo não saber sobre o que vai acontecer e vai ser discutido, expressam a expectativa do que está por vir.

O grupo vai começando nestas primeiras chegadas e com o sentar, formando uma roda de pessoas, o diálogo começa. E não é ainda sobre morte não. É sobre a vida, a dor de garganta que o filho teve na noite anterior, os prazos para conclusão de projetos, o trânsito difícil ou o belo amanhecer, o feriado que se aproxima, enfim, a vida vai se mostrando em seu colorido, rotineiro e inusitado, em seu caminhar.

Coordenar o grupo é uma função flexível e ofertada ao integrante que assim o desejar naquela manhã. Esta é uma característica dos grupos: o lugar de coordenador é ofertado a quem se dispõe.

À medida que a hora avança, cerca de quinze a trinta minutos depois, já estão juntos oito, dez, doze ou mais profissionais de saúde. Com uma intercorrência aqui e outra ali, enfim, vozes embaralhadas se aquietam e dão lugar à voz de *bom dia*, aos informes, à apresentação de novos participantes e ao convite e reafirmação do espaço aberto ao conjugar de saberes, da vida, do hospital, da ciência sobre o luto, sobre a morte e o morrer, a atividade e o cotidiano profissional de cada um.

É aberto a novos participantes e não tem uma carga horária a ser completada, nem conteúdos previamente planejados. O enquadre garante o objetivo de estudo da temática proposta, mas os conteúdos que surgem não são previstos nem estabelecidos pelo coordenador: o grupo se constrói no diálogo e através da práxis dos seus integrantes.

O grupo começa. E já embalado pelos diálogos prévios da chegada de cada um, corpos, corações e mentes aquecidos, inquietações amparadas pelo reencontro carinhoso para compartilhar, segue.

Segue ao ritmo da demanda que emerge em torno da temática da morte e do morrer, do luto e das perdas. Começa com os estudos de caso, ou por meio de um recorte de jornal, um acontecimento hospitalar, uma reportagem que passou na TV, um atendimento difícil realizado na UTI, o óbito de um paciente, uma ocorrência fora da rotina, enfim, vários assuntos podem surgir logo no início dessa reunião.

Busca-se o encontro e a dialética vida e morte segue trazendo vozes, sentimentos, opiniões, dúvidas e experiências. O que surge a cada voz ou em cada silenciar é tipicamente diverso e singular.

Os temas se vão encadeados naquele fio condutor inicialmente lançado. Os participantes dialogam e surgem novos entrelaces de depoimentos e experiências profissionais.

Cada grupo é único. Nasce e morre a cada encontro. Renova-se no reencontro.

A experiência é sempre nova, cada vez que eu participo, eu não encontro é, digamos, as mesmas respostas, mas sempre respostas novas, experiências novas a cada encontro um aprendizado novo (Riso-do-Prado).

Dentre tantos diálogos que foram realizados, em sua singular e temporal expressão, morte e vida se conjugavam e novos significados surgiam.

Assim se dialogava sobre o paciente que tinha morrido e sobre o que não, mas que iria morrer. Falava-se do que queria morrer e do que negava a morte e esbravejava desde as entranhas mais profundas sua revolta, do que não tinha cura e precisava parar de sofrer e só ela - a morte - poderia lhe trazer o alívio, do que não deveria de jeito nenhum morrer, pois ainda lhe faltava muito a viver, uma jornada a cumprir, era criança pequena que ainda nem tinha aprendido o *abc*.

Dialogava-se sobre a família que brigava em torno da dor, a que se unia e se fortalecia na morte, de traição, culpa e perdão. Dos trâmites legais desconhecidos por muitos, dos funerais, de quem ia cuidar das vestes e das flores, de bens de direito e da herança, de orfandade, de solidão. As dificuldades dos sobreviventes enlutados eram relatadas com cuidado e atenção: a morte revelava os modos de viver, as crenças, segredos profundos e a cultura daquelas famílias. Revelava o quanto, também, era difícil e complicado morrer: papelada, gastos, prazos, protocolos, rituais.

Falava-se de Deus da cura e da falta d'Ele no abandono e na desesperança, no paciente que chegara ao hospital após uma tentativa de suicídio por overdose e que, em franco desespero, ainda perdido, senhor rapaz menino criança em estágio desolador, pedia alívio àquela dor - de viver.

Falava-se do *bebê* sendo gestado na barriga da mãe que desesperava ao lado do filho desenganado, que morria a despeito de todo amor e dedicação, promessa e fazer de mãe, assim como, da dificuldade de lidar com pacientes que tinham câncer, estranhas parasitoses e AIDS, das cirurgias de grande porte e amputações em diabéticos, todos quase sentenças de morte.

A rotina do hospital, os leitos e arrumação, o gosto da comida servida, a solidão dos finais de semana e feriados também eram assuntos que emergiam, pois escutados, assim como a alegria de festejar junto aos outros profissionais e pacientes numa comemoração junina que fora promovida na enfermaria, lembrando que a vida estava bem viva.

Compartilhava-se o sucesso terapêutico, a cura obtida, a saúde recuperada, a vida que continuava a ser vivida ainda em outro lugar, fora dali, imaginada plena depois da dor. Relembrava-se *daquele* paciente que fora embora com saúde, que deixava a saudade e esperança aos que permaneciam internados, era exemplo de superação das dificuldades do adoecimento e da perda da saúde.

Falava-se das grades de proteção nas varandas dos andares e seus significados, do passado de morte que permanecia no imaginário de uma população regional sobre o hospital que fora lugar de asilo de tuberculosos no século passado, e, que atualmente é referência em doenças infectocontagiosas e parasitárias, um centro de excelência em formação e assistência, motivo de orgulho e pertencimento aos profissionais de saúde.

Os sorrisos, choros dengosos e a criatividade das crianças também eram explicitados nos relatos, compartilhados, mostrados, descritos e detalhados, como por exemplos as das crianças indígenas hospitalizadas, as pajelanças de seus acompanhantes na hora da morte eram vigorosamente relatadas de modo que cada cultura ia se mostrando em ato.

Falava-se das árvores e ventos que refrescavam os pátios térreos, motivo de alívio para acompanhantes e familiares de pacientes. Compartilhava-se o desespero de não saber o que falar ao paciente ou a seus familiares e da dificuldade de escutar a dor, de nada saber da morte, de não saber se podia chorar ou rezar. Referiam-se aos andares do grandioso prédio de mais de meio século e às suas enfermarias específicas, cada andar com suas histórias peculiares de vida, de luta e de morte.

Os problemas e soluções institucionais, formação profissional, crescimento e desenvolvimento técnico-científico em ciências da saúde também tinham espaço. Assim, o contentamento em aprender e trabalhar numa instituição de referência, com profissionais experientes, mestres e doutores de universidades, se revelava compensadora e se traduziam em oportunidades de crescimento.

E tudo que se falava era sentido e tinha significado, tinha gosto variado, textura e cor. Mesmo que muitas vezes somente tonalidades de cinza sinalizavam que algo estava mudando. Eram sentidos como as nuvens carregadas e escuras que traziam conforto por suas chuvas refrescantes, que ao encobrir o sol iriam revelar, no depois, o cheiro da mata e do solo molhados.

Eram muitos diálogos, muitas vozes, muitas histórias contadas e compartilhadas que tinham a morte atravessando a vida e a atividade profissional, ou a vida se perpetuando apesar de e com a morte. Da perda por morte às perdas de papéis, às mudanças radicais ou sutis de vida que traziam consigo iminente desafio que exigia manobra de ajuste e adaptação à nova situação. De casamentos, gestações, nascimentos, conclusões de cursos: tudo implicava em perdas e ganhos, em aquisição e renúncia, em início e fim.

A hora avançava e já havia se passado mais de sessenta minutos de atividade. O coordenador do dia convidava ao encerramento daquele encontro indagando sobre sentimentos que foram vivenciados e como tinha sido aquela reunião. Os participantes compartilhavam suas vivências fechando o grupo. Despediam-se e sinalizavam o próximo

encontro com um *até a próxima!* Sorrisos, abraços, vozes, uma alegria contagiante era percebida no momento de encerrar. Todos reafirmam o próximo encontro. Estamos vivos e falamos da morte.

2. QUEM SÃO AS PESSOAS QUE CHEGAM PARA FALAR SOBRE A MORTE E O MORRER?

“Só quando reperi a morte senti de fato o amor”

Roosevelt M. Cassorla

Os profissionais chegam aos poucos, curiosos sobre o que pode ser visto, ouvido, enfim, aprendido ali. Quando chegam sinalizam as mesmas dúvidas, anseios e dificuldades profissionais ao lidar com a morte no hospital. Sinalizam, quando se finda o período de aprendizagem profissional, a vontade de permanecer frequentando os grupos e de retornar em breve.

Todos enlaçados por temores comuns. Unidos pelos desafios profissionais e, no grupo, pela morte. Pela fragilidade autêntica e madura de profissional de saúde que se confronta com a morte e que deseja, ao invés do confronto, compreender o que se passa quando a morte parece lhe tirar as bases de tudo o que aprendera e idealizara em sua formação profissional e em sua vida.

Os dez colaboradores deste estudo participam dos Grupos Centrados na tarefa de abordar o tema da morte e do morrer. São graduandos e graduados de diversas especialidades vinculados à instituição de ensino e ao hospital. A maioria é residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde-RMPS⁸ daquele hospital e encontra-se na faixa etária entre 23 a 28 anos de idade, sendo nove do sexo feminino e um do sexo masculino, maioria solteira e cristã (seis pessoas) e o restante, agnósticos.

⁸ O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde-RMPS: A residência multiprofissional é uma modalidade de formação profissional ao nível de pós-graduação *lato sensu* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). No ano de 2010 a RMPS instituiu-se, vinculada à Universidade Federal do Pará (UFPA), através do HUIBB em parceria com outras Instituições de saúde (HUBFS e HOL), sendo ofertadas vinte vagas, assim distribuídas: dez para a área de concentração em Oncologia (Psicologia, Biomedicina, Nutrição, Farmácia, Enfermagem e Odontologia) e oito vagas para Saúde do Idoso (Psicologia, Farmácia, Enfermagem e Fisioterapia). No ano seguinte, o número de vagas foi ampliado para vinte e oito profissionais passando a fazer parte do programa terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e nutricionistas em Saúde do Idoso e fisioterapeutas em Oncologia.

No que se refere às áreas de atuação são profissionais de enfermagem, um de medicina, cinco psicólogos e três terapeutas ocupacionais. Quanto ao número de vezes que participaram dos grupos oito referiram terem estado presentes em mais de treze reuniões e o restante em torno de cinco a sete reuniões. Vale considerar que por ocasião do desenvolvimento deste estudo, os Grupos Centrados não constavam como atividades de formação em serviço na grade curricular dos residentes, de modo que esses participariam do grupo unicamente por demanda espontânea. Para denominar os participantes desta pesquisa busquei espécies de flores nativas da nossa Amazônia. Flores silvestres que crescem ao calor e regadas com as chuvas benditas desta região.

Eis um pouco sobre cada um deles:

Toé, enfermeira e residente. Encontramo-nos no Centro de Estudos do HUIBB. Convidei-a para participar da pesquisa. Devido à intensa rotina da residência e mudança de horários fazia tempo que não ia aos grupos. E, com um olhar de reconhecimento e proximidade de outrora, curiosa, perguntou: *é sobre os grupos?* Disse que sim e começamos a entrevista. Para ela foi uma oportunidade de pensar aqueles significados. Senti, também, que quando nos vimos uma ligação de reconhecimento e segurança veio à mente.

Vitória Régia, médica e técnica do hospital. Quando a convidei para participar da pesquisa ela vibrou e disse *“que queria muito mesmo contribuir com o estudo”*, pois *“achava necessário e importante pesquisar e falar sobre os grupos”*.

Alamanda é psicóloga e residente. Frequenta os grupos desde seus tempos de estágio. Aceitou participar da pesquisa com muita alegria e prontamente afirmou sua vontade de fazer parte do estudo. Enquanto se expressava na entrevista Alamanda se surpreendia com os próprios *insight*⁹.

Cipó-de-Leite é psicóloga e residente. Adorou ter sido convidada e durante a entrevista expressava a importância daquele espaço para seu desenvolvimento.

⁹ *Insight*: Zimerman (2004, p. 211) afirma que “a atividade interpretativa do psicanalista leva aos insights do analisando, sendo que a lenta elaboração dos mesmos é que irá possibilitar a obtenção de mudanças psíquicas, objetivo maior de qualquer análise. A composição da palavra *in* (dentro de) + *sight* (iluminação) por si só evidencia o seu significado de que “se fez uma luz na mente do paciente”. O interessante é que às vezes essa iluminação interna se processa muito lentamente, até que ocorre um *flash* repentino, de forma um tanto parecida com o entendimento súbito de uma piada, após ter decorrido algum tempo que ela foi contada”.

Cataleia é psicóloga e residente. Um brilho especial vinha de seus olhos enquanto respondia às perguntas da entrevista. Confortável e em busca de se expressar da melhor forma possível, uma energia profunda emanava enquanto falava sobre os grupos.

Mamorana é estudante de psicologia e bolsista de pesquisa. Atenta às perguntas foi muito espontânea ao responder, também precisa e à vontade, parecia *estar em Grupo*.

Riso-do-Prado é psicóloga que participa dos grupos desde seus tempos de estágio em psicologia hospitalar. Com felicidade aceitou o convite e durante a entrevista expressava alegria e reencontro com o tema, vontade de participar e contribuir com a pesquisa.

Girassol é residente e terapeuta ocupacional. Interessadíssimo nos grupos e atento às demandas da residência atendeu ao convite com alegria e expressava confortavelmente suas opiniões na entrevista.

Turnera é terapeuta ocupacional e frequenta os grupos desde o estágio no hospital. Feliz com o convite para participar do estudo expressava satisfação, ainda mais, ao falar dos grupos na entrevista.

Papoula é residente e terapeuta ocupacional. Aceitou participar com alegria da pesquisa. Ao mesmo tempo parecia hesitante ao responder às perguntas: ela – de alguma forma – parecia reviver a dor que a conduzira aos grupos.

Filiam-se ao grupo de modo espontâneo, convidados por outros colegas ou motivados pelas dificuldades profissionais e pessoais em lidar com a morte. Assim:

Foi tentar compreender né, como é que se dá esse processo de luto, como ajudar os profissionais, nós como profissionais se ajudar nesses momentos que a gente perde o paciente principalmente a questão do paciente diante da perda, diante da morte né, a gente trabalha muito com as disfunções ocupacionais, com as perdas dos papéis ocupacionais, como estar ajudando essas pessoas (Papoula).

Sempre foi espontânea porque sempre foi um grupo aberto né, que a gente pudesse participar sempre que tivesse uma demanda né, sempre que tivesse interesse (Cipó-de-Leite).

Chegam porque escutaram alguma coisa sobre aquela atividade ou pela curiosidade ou busca de aprimoramento técnico sobre o tema da morte: “*a questão da própria discussão sobre a morte e o morrer, a gente infelizmente na nossa graduação... nós não temos muito contato com essas discussões*” (Girassol); “*nós da graduação em terapia ocupacional não*

temos este estudo voltado pro luto, pra morte então foi um impacto muito grande quando eu cheguei ao Ophir (HOL) pra atuar na oncologia, pediatria e hematologia” (Turnera); “eu já conhecia o trabalho e a questão do estudo de luto nós já fazemos há bastante tempo, quando nós começamos a trabalhar com esse tipo de clientela em 1994 nessa época a mortalidade era muito mais alta do que hoje, nós já começamos a investigar sobre isso” (Vitória Régia).

Chegam também em busca de cuidados para si, impactados pelo agravo no estado de saúde daqueles a quem prestam cuidados ou atordoados pela morte desses; em decorrência de perdas experimentadas ao longo da vida ou pelos resultados dos atendimentos prestados: *“já que eu não estava podendo fazer minha terapia e levar essas questões, dos meus atendimentos que estavam sendo demasiadamente pesadas pra mim né, foi por esse motivo que eu busquei o grupo” (Riso-do-Prado); e, “você via aquelas crianças algumas gradativamente morrendo e outras chegavam e já iam a óbito, então aquilo doeu muito, eu sofri muito eu não sabia lidar mesmo...eu queria sair, eu queria não estar perto eu me afastei algumas vezes...eu criei vínculos e sofri” (Turnera).*

Participam da roda para se falar da morte e do morrer, em busca de respostas técnicas, auxílio enquanto cuidadores e enquanto pessoas. Como afirma a participante sobre a importância dos grupos: *“A importância de ter um espaço onde se fala um pouquinho do luto, um pouquinho da morte né, do nosso dia a dia profissional, um pouquinho, refletir e estudar um pouco sobre isso” (Cipó-de-Leite).*

São todas pessoas abertas ao compartilhar de experiências e por isso mesmo, também, implicadas na arte de cuidar. Dialogam, compartilham e não somente escutam.

3. OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS: ESPAÇO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.

Paulo Freire, em *Pedagogia do Oprimido*

Participar dos Grupos é integrar a morte à vida buscando seus significados no aqui e agora do hospital. O Grupo possibilita o desenvolvimento e a aprendizagem sobre os diversos tipos de luto¹⁰ como observado na fala de Toé: *“Ah! uma porta de aprendizado muito grande, sobre os diversos tipos de luto, porque (...) a gente não trabalhava só morte no sentido físico, a morte do paciente, mas a morte de vários tipos”*.

Retomando Ferry (2010, p. 23) “conhecemos inúmeras encarnações de morte no próprio seio da existência, e essas múltiplas faces acabam nos atormentando sem que o percebamos inteiramente”.

A isto se soma o inevitável entrar em contato com a própria história de perdas de forma compartilhada ou, às vezes, na reflexão solitária e introvertida. Assim, para Alamanda: *“é um espaço terapêutico, junto com estudo é terapêutico”*. E, como bem salienta Jatene (2012):

Terapêutico é tudo que faz você respirar melhor, recontar sua história, fazer você ver uma situação de outro modo, de outro ângulo... Um passeio num parque, a conversa com um desconhecido, um bom papo com um amigo, uma consulta com um médico de sua confiança, uma massagem relaxante com um massoterapeuta podem ser tão terapêuticos quanto uma sessão de psicoterapia. Portanto, psicoterápico e terapêutico não são sinônimos. Embora, uma sessão de terapia se pretenda ser terapêutica (e esperamos que seja), uma situação terapêutica nem sempre é psicoterapêutica. Em psicoterapia é necessário que uma das partes envolvidas seja um psicólogo. Já numa situação terapêutica nem sempre há um psicólogo envolvido.

O grupo é um espaço de aprendizagem compartilhada. Produz-se a partir da vivência profissional e pessoal de seus integrantes. Os diálogos sobre a morte e o morrer que envolvem a vida e o cotidiano profissional aproximam as pessoas em torno do tema e favorecem o crescimento profissional e a busca de aprofundamento:

Ele favorece que você pense melhor sobre o assunto, que você se estimule a ir pesquisar mais o tema, por exemplo, eu continuo pesquisando muito os livros que

¹⁰ Tipos de luto: luto normal, luto complicado e luto adiado/inibido (SOUZA et al, 2010, p. 144)

foram sugeridos que então é um grupo que te leva você a crescer mais dentro daquele tema... (Vitória Régia).

Fornecem, pelo acolhimento e estar junto, apoio às angústias para lidar com a morte na prática profissional. Possibilita a cada integrante refletir sobre o sofrimento e abre caminhos e novos olhares sobre a morte: *“Eu vejo o grupo como apoio, eu me senti bastante amparada nessa angústia de tentar ajudar as pessoas. (...) porque nós lidamos com a morte no hospital. A vida e a morte fazem parte do nosso cotidiano”* (Vitória Régia); e, para Alamanda: *“É um espaço enriquecedor e de alívio por saber que você não é o único profissional que sofre e que isso faz parte, você sai mais integrado depois que divide”*.

Segundo Osório (2007b, p. 109)

O fator terapêutico prevalente nesses grupos advém da possibilidade de os pacientes identificarem-se uns com o sofrimento similar dos outros, superarem juntos preconceitos e eventuais rejeições sociais e apoiarem-se na busca da continuidade de suas trajetórias existenciais com a maior redução de danos possível.

Segundo os colaboradores, é um espaço, de estudos e que produz efeitos terapêuticos, pois ajuda, através do compartilhar, a aliviar a angústia que a morte provoca. A isso chamamos de uma contribuição ao desenvolvimento pessoal que a EPM pode proporcionar: *“Um espaço aberto, onde a gente pode falar das nossas angústias, das nossas tristezas, felicidades, que envolve tanto o nosso fazer na nossa prática profissional como também é a nossa história de vida né, que não tá desatrelada a esse fazer”* (Cataleia).

Os Grupos Centrados têm uma característica peculiar: são dialeticamente suportivos e reflexivos. Ao serem suportivos produzem efeitos terapêuticos em seus integrantes. Ao serem reflexivos geram conhecimento e saber científico a partir da práxis de cada um. Ao dialogarem compartilham as dúvidas e os sentimentos. Percebem que não estão sozinhos nas dificuldades diárias e que podem dar suporte um ao outro. Segundo Alamanda:

É maravilhoso porque você se sente no direito de fraquejar aqui em baixo [primeiro andar do prédio], você percebe que você não está errado, e que é muito bom porque você sobe de novo pro serviço mais fortalecido, mais abastecido, mais seguro porque você aproxima os laços com o colega, sabe que você pode contar com esse colega, os vínculos de confiança eles são, mais esquentados, mais fortalecidos.

Desenvolvem, fortalecem e ampliam a rede suportiva. São educativos, contribuem para redução do sofrimento proveniente do desconhecido e indiretamente podem repercutir positivamente na qualidade do atendimento disponibilizado por esses profissionais, visto que,

aceitar a morte é ratificar a finitude como parte do ciclo de vida e não enquanto fracasso ou inimiga a ser vencida, o que de certo modo favorece o manejo da culpa e temores daqueles que vivenciam a iminência da morte. A participante Turnera assim avalia:

Faz a diferença quando a gente vai atender seja em qualquer área a nossa percepção de vida e de morte, ela muda a nossa forma de lidar com a dor do outro, com as nossas dores até em casa mesmo né, então eu acho que muda, ela torna significativa porque você passa a ver a vida, como eu disse, a morte sobre um outro prisma, isso muda tua forma de perceber muitas coisas.

A natureza aberta do grupo a novos participantes e das discussões, as vicissitudes da dialética vida-morte e a espontaneidade na participação são características desse espaço que **autoriza** falar de morte, sobre uma terra desconhecida e não pisada, *o lado de lá*. Estes diálogos iluminam e revelam caminhos, trazendo novas possibilidades, atitudes e sentimentos diante da morte.

O Grupo é também um espaço para ampliar e reorganizar o aprendido, e, aprender a aprender sobre a vida, agora com a morte fazendo parte desta nova organização, afastando tabus. No grupo o tema da morte não é interditado, ao contrário, é explorado em todas as suas dimensões possíveis. Mamorana afirma que no grupo se pode falar sobre a morte:

O Grupo proporciona novos olhares pra gente né, novas perspectivas sobre o sofrimento, sobre a morte e, é um espaço onde eu vejo que não há tabus né, a gente chega lá e fala sobre a morte mesmo, a morte morrida mesmo, então, é um local onde a gente não se sente acuado de falar sobre o sofrimento, sobre as nossas frustrações, sobre aquilo que a gente não costuma falar para as outras pessoas.

Caminhando em bases que agora compreende que são insólitas, Turnera, assim se reorganiza rumo à aceitação da finitude que faz parte da existência humana, do outro e a de si mesmo, através dos Grupos. A vida lhe apresentou a morte de forma trágica e dolorosa. O impacto desse contato trouxe muita ansiedade, medo, temor, vontade de se afastar do trabalho. O Grupo, para Turnera, se traduziu em chance agarrada para aprender a lidar com a morte na atividade profissional:

Via aquelas crianças algumas gradativamente morrendo e outras chegavam e já iam a óbito, então aquilo doeu muito, eu sofri muito eu não sabia lidar mesmo.... Eu queria sair, eu queria não estar perto, eu me afastei algumas vezes... Eu criei vínculos e sofri. E quando eu soube que podia participar do grupo de luto eu ...eu falei essa é minha chance, em poder entender hoje e saber como lidar.

Estudos com profissionais de saúde que cuidam de crianças mostram claramente esta vinculação assim como a referência ao sofrimento que lhes advém quando elas falecem (MACHADO & JORGE, 2005; COSTA & LIMA, 2005; SILVA & RUIZ, 2003; RIBEIRO et

al, 1998; SPÍNDOLA & MACEDO, 1994). De Carlo, Bartalotti e Palm (2004) destacam que o hospital necessita de profissionais que saibam conviver com a morte, articulando e explorando diversos saberes e valores pessoais entre si na assistência aos pacientes.

Vitória Régia procurava por mais conhecimento que ajudasse na assistência aos seus pacientes enlutados. Reconhecia as dificuldades de lidar com a morte e buscava o melhor caminho do cuidado: *“Atendia uma paciente duplamente enlutada. Eu decidi me inserir no grupo pra tentar ver qual o caminho melhor para ajudá-la”*.

Riso-do-Prado queria entendimento técnico, mas também autoconhecimento para compreender o que se passava dentro de si em memória às próprias perdas atualizadas no atendimento prestado. Buscava conhecer o assunto, mas também queria saber sobre si, referindo-se ao grupo como espaço de abastecimento:

Eu teria que atender e teria que estar bem para atender o meu paciente, e eu não estava conseguindo, pois tinha perdido uma tia (...) e antes disso já sabia da existência do grupo, foi nesse momento que eu busquei né o grupo, e foi onde eu busquei respostas, busquei me reabastecer também né.

Neste sentido, ainda, para Mamorana buscar o Grupo foi motivado por:

“eu sempre gostei muito do tema da morte, eu acho que o tema da morte é um tema que a gente pouco fala, então quando eu soube que era uma bolsa vinculada ao tema de pesquisa de morte eu me interessei muito.”

Segundo Franco (2003) a morte causa estranheza e atualiza, no profissional de saúde, sua história de perdas e lutos. O estranhamento que se produz advém do fato de que a morte é familiar ao ser humano enquanto espécie, mas ao indivíduo é algo incognoscível, irrepresentável.

O compartilhar de sentimentos e emoções sobre a morte é destacado por Toé. A universalização da experiência com a morte reduz o temor e introduz uma nova reflexão: a jornada pessoal.

Você vê que os outros, a opinião dos outros, o sentimento dos outros e aí você se vê um pouco às vezes parecido, e às vezes você se vê diferente, mas você vê que no fundo todo mundo tem a curiosidade, o medo, o temor, a mistura de sentimento quando fala a respeito e aí discutir o tema aqui, que mexe tanto com a emoção, com os pensamentos assim sobre... sobre a sua existência, achei muito legal, sobre a sua existência, sobre a sua jornada, a jornada de seus pacientes, sobre a jornada de seus familiares, sobre as suas perdas ao longo da vida (Toé).

Essa fala reafirma os efeitos terapêuticos dos Grupos: o apoio por meio de relações afetuosas, cuidadoras e empáticas, identificação e troca de experiências, expressão de

sentimentos (catarse), informação e reflexão, regularidade (CAMPOS, 2007), teste de realidade, universalização de sentimentos e não banalização da vivência.

Portanto, nesse movimento que procurei revelar comum aos Grupos, eles seguem e se constroem a partir da morte e seus significados. Os Grupos Centrados revelavam, assim, a efêmera, frágil, porém, intensa possibilidade que o viver carrega e que não dá pra negligenciar o viver, deixá-lo pra depois.

Esses espaços de educação sobre algo que não se sabe – a morte - mas que por ser fato, acontece e põe fim à existência (pelo menos a que conhecemos nesta terra), deixa os participantes marcados por uma leveza peculiar. Em desenvolvimento e florescimento possibilitado pela aproximação ao saber que é revelado com a morte, tensões e ansiedades reduzidas, vão rumo à vida que chama a ser vivida, revelando a estética existencial através do ensinamento que a morte integra: a vida é, necessariamente, bela.

4. GRUPOS CENTRADOS NA TAREFA DE DIALOGAR SOBRE A MORTE E O MORRER – UM GRUPO DE EDUCAÇÃO PARA A VIDA E PARA A MORTE

Quem sabe que o tempo está fugindo descobre, subitamente, a beleza única do momento que nunca mais será...

Rubem Alves, em *Tempus Fugit*

Os resultados obtidos neste estudo são favoráveis à hipótese de que dialogar sobre a morte e o morrer contribui à formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. A aproximação à temática da morte favorece o preenchimento de vazios existenciais, referentes à formação educacional e, também, à práxis profissional.

Há muitos conceitos e interpretações sobre o que vem a ser educação (BRANDÃO, 1993), a maioria deles se refere a instrumentos de dominação e controle do pensamento – e dos corpos – dos oprimidos, ao que FREIRE (1987) chamou de educação bancária (do depositante e do depositário).

Aqui pensamos educação a partir do conceito de Paulo Freire: *Educação é uma ação cultural*. Enquanto ação é práxis, pois reflexão e ação implicam-se e são implicadas, uma pela outra, dialeticamente. Enquanto *cultural* pressupõe que se constrói através do diálogo (entre pessoas), este permeado pela esperança e pelo sentimento de amor (FREIRE, 1987).

Assim, o grupo centrado na tarefa de dialogar sobre a morte e o morrer, pode ser compreendido enquanto ação cultural baseada no diálogo, que vai além do pressuposto de que existe um que sabe (um coordenador ou terapeuta) em detrimento dos que não sabem (os demais). Enquanto grupo de coordenação flexível parte da premissa de que o que está por vir é uma construção coletiva, intersubjetiva. O sentimento que une os participantes em torno do tema necessariamente precisa ser de confiança, de apoio e compartilhamento.

Compreende-se a instrução da morte (*death education*) como:

Um conjunto de atividades educacionais que envolvem temas essenciais relacionados à morte, tais como os significados e atitudes em relação à morte, os processos de morte e cuidados aos enlutados e pessoas afetadas pela morte. A instrução da morte, também chamada de educação sobre a morte, sobre o morrer e sobre o luto, é baseada na crença de que as atitudes de negar, desafiar e evitar a morte a todo custo podem ser transformadas, assumindo que indivíduos e

instituições serão mais capazes de lidar com a morte a partir de práticas e esforços educacionais (DEATH REFERENCE, 2012, tradução nossa).

Entrar em contato. Poder falar livremente, se libertando dos variados medos personificados na morte. Dizer do que sente, do que gostaria de fazer em situações onde a morte se torna presente e invade a vida de cada um de nós, sem pedir licença ou perdão, em total desacordo com a vida e os esforços dos profissionais de saúde. Sentir-se amparado quando não é possível falar nada devido a sentimentos profundos de tristeza que deixam escapar uma lágrima antes contida, são exemplos dessas atividades que envolvem temas essenciais relacionados à morte.

É necessário vencer o tabu da morte. Livrar-se da opressão que impede a vida de seguir seu curso devido ao medo da morte. Como afirmou FREIRE (1987) “a morte em vida é exatamente a vida proibida de ser vida”.

Fortalecer-se com e através da experiência, escuta e olhar dos outros colegas, enfim, construir por meio do diálogo entre pessoas que estão no mundo, reconhecendo a morte no seio da vida mais viva (FERRY, 2010), livrando-se do medo paralisante e da culpa que atormenta o coração do cuidador pode se constituir em uma *ação cultural para a liberdade*, ao que Paulo Freire fundou enquanto *pedagogia do oprimido*, construída no diálogo permeado por sentimento amoroso, na emancipação conscientização. FREIRE (1987, p. 39) intitula e afirma “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si mediatizados pelo mundo”.

Compreende-se os Grupos Centrados sob tal perspectiva, segundo FREIRE (1987), esperançosa, transformadora, uma ação cultural que contribui ao desenvolvimento daqueles que constroem o saber conjunto sobre a morte e o morrer. Sobre isso Girassol afirma:

Pra mim é um espaço de, de liberdade, de poder falar o que você fez, o que você pensa. É um espaço muito enriquecedor nesse sentido é, é um espaço descoberto, algumas questões que a gente, ao longo da formação pessoal, profissional a gente vai estabelecendo algumas concepções e no GEL a gente tem a possibilidade de poder pensar de outra forma também.

A morte de pacientes tem significado fracasso, derrota, fraqueza pessoal ou profissional para muitos profissionais de saúde que trabalham em hospitais. Porém, a morte pode oportunizar a ressignificação da vida, do trabalho, das relações humanas, das práticas profissionais, enfim, pode ser vista como um fato importante ao curso do desenvolvimento da

pessoa e do profissional. Neste sentido, Kovács (2008c, p. 32) propõe uma estratégia de educação para os profissionais de saúde, visando ao preparo destes profissionais para lidar com a morte:

Propõe-se como forma de prevenção e cuidado aos cuidadores a criação de espaços dentro do contexto hospitalar onde se possa, pela discussão de casos e de vivências planejadas, lidar com temas difíceis como: morte; perdas; problemas de relação entre a equipe; manejo das famílias; expressão de conteúdos, sentimentos; elaboração de experiências vividas.

No hospital todos lutam pela vida, para curar e salvar os pacientes. E, pelo interdito, a morte continua tabu. Na formação de médicos, enfermeiros e psicólogos a morte tem sido, tradicionalmente, deixada de lado (Kovács, 2008c, 32). Esses profissionais vão encarar o *Irreversível* depois, no hospital, numa unidade de emergência ou na própria vida quando perdas se sucederem.

Nos Grupos Centrados as percepções são reavaliadas e a morte passa a ser compreendida como mais natural e não enquanto tabu. Na fala de Cataleia:

Eu passei a ver, a morte né, a partir de um outro prisma, de um prisma mais natural, o grupo possibilitou que a gente passasse a conversar sobre a morte deixando de lado o tabu que envolve a morte, alguns insights foram adquiridos através do grupo, então, foi muito significativo pra mim, inclusive me ajudou muito no meu fazer do dia a dia da minha residência que convive diariamente com o processo de morte morrer.

Apesar de constituir a desordem na ordem hospitalar, na ordem do trabalho pela vida a morte permanece. A morte é barulhenta. Silenciosamente barulhenta. Provoca uma turbulência interna e solitária, delatando vazios, lacunas, elos perdidos. A cura é desejada por todos, pacientes, seus familiares e acadêmicos das áreas de saúde. Quando a morte acontece este ideal de cura é fraturado.

O modelo biopsicossocial leva em consideração a pessoa que está doente, não somente seu corpo físico ou seu órgão adoentado, mas suas formas de ser no mundo, sua subjetividade, necessidades, modos de se relacionar, gostos e escolhas, crenças e sentimentos, medos, alegrias e pesar. Ao admitir a subjetividade dos pacientes aceitamos a subjetividade dos profissionais de saúde.

Se grupo é identidade, é poder e ação os Grupos Centrados estabelecem uma nova hierarquia grupal, sendo sua forma de organização, liderança e as ações realizadas em grupo, fortalecedoras da identidade de todos, enquanto indivíduo e grupo.

Portanto, partindo da consideração que, aliado aos efeitos terapêuticos dos grupos de suporte citados por Campos (2007) como espaços de discussão sobre temas que envolvem a hospitalização, conjugando, também, outras características de grupos de reflexão profissional (Zimerman, 2000) que visam às discussões clínicas multidisciplinares e não propriamente visam efeitos terapêuticos, os Grupos Centrados se traduzem na dialética reflexão-suporte.

Constroem-se, no diálogo e a partir da vivência de cada profissional, enquanto grupos homogêneos com foco na temática da morte e do morrer, possibilitam educação continuada, elaboração da vivência, interconsultorias vivenciais e funcionam como laboratório, também, de relações humanas (sem a necessidade de se deslocar para outro *setting*), na medida em que as urgências do grupo são trazidas e tratadas nas reuniões (Osório, 2007a, 127-132).

Sobre a experiência de participar dos Grupos, os participantes avaliam como satisfatória, maravilhosa, enriquecedora, superpositiva e de liberdade:

É satisfatória, bastante satisfatória é o momento em que a gente pode, igualar um pouco do nosso sentimento, é 'tá' colocando mesmo pra fora aquilo que às vezes a gente 'tá' sentindo naquela relação, é suportiva também né, acho que é bastante satisfatória, a gente está sendo acolhida, e também tá refletindo sobre atividades diárias (Cipó-de-Leite).

É maravilhosa, porque eu sempre saio de um GEL com algum aprendizado né, como eu falei, então é sempre muito bom, a gente se alivia e, ao mesmo tempo, se tenciona com algumas outras questões que ficam assim, por pensar ainda, então é muito bom, é muito prazeroso (Mamorana).

Maravilhosa para a minha formação, maravilhosa, no campo em que eu atuo e no lugar que eu estou a gente sofre muito, tem a carga horária, tem as adversidades por problemas institucionais mas, mas conhecer esse grupo na minha formação, me faz pensar em compreender como é lá em cima, pra que você não desequilibre, não se culpe, quando você compreende você se sente mas aliviado...então foi muito bom (Alamanda).

Eu acho que é uma experiência muito enriquecedora né, na medida em que envolve vários profissionais (...), graduandos, acadêmicos e levando em consideração o espaço da residência de outras profissões, onde você pode trocar né, a gente já teve situações onde dois profissionais, de áreas diferentes, atuando junto com os pacientes, nesse processo do óbito do paciente, isso é muito enriquecedor porque aí a gente vê o quanto que o trabalho em equipe pode funcionar (Cataleia).

Acho uma experiência superpositiva né, que engrandece a gente tanto como profissional. A gente acaba entendendo esses processos que as pessoas passam e se posicionando de forma diferente, eu me vejo assim, antes do 'grupo' e depois do 'grupo' eu consigo ter uma postura diferente, frente a essas perdas, frente ao morrer né, e também a gente acaba aprendendo a lidar com as nossas próprias perdas pessoais (Papoula).

Pra mim é um espaço de, de liberdade, de poder falar o que você fez, o que você pensa. É um espaço muito enriquecedor nesse sentido é, é um espaço descoberto (Girassol).

Pensamos os Grupos Centrados enquanto estratégias facilitadoras de ações que conduzem à saúde do profissional e, também, do paciente-alvo de seus cuidados. Os Grupos Centrados respondem à ânsia de desenvolvimento de competência técnica e pessoal para lidar com as perdas que ocorrem em vida e com a morte irreversível. Portanto, os Grupos Centrados se inserem no campo da educação em saúde, esta compreendida como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997, p. 210).

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para viver bem, para viver livremente, com alegria, generosidade e amor, precisamos, antes de tudo, vencer o medo – ou melhor dizendo, ‘os’ medos, tão diversas são as manifestações do Irreversível.

Luc Ferry, em *Aprender a Viver*.

Desvelar os significados atribuídos aos Grupos Centrados desenvolvidos no *setting* hospitalar favorece a compreensão de que a formação do profissional de saúde, nas mais diversas especialidades, exige a inclusão dos estudos específicos de tanatologia e as reflexões teóricas e práticas acerca da morte e do morrer.

Para finalizar esta etapa e abrir novas reflexões sobre educação em saúde consideramos peculiar aos Grupos Centrados na tarefa de falar sobre a morte e o morrer as seguintes afirmações:

Admite-se que o profissional de saúde sofre por duas vias: a sua própria pelos lutos vividos e idealizações profissionais fortalecidas pela negação da morte, e através de seus pacientes hospitalizados que têm prognóstico desfavorável ou que vão a óbito.

Nos Grupos há autorização para falar sobre a morte. Esta autorização é condição para o grupo acontecer e representa um passo na superação do tabu vivenciado por todos nós. A percepção da morte em vida agora autorizada a ser dialogada ajuda a reduzir a tensão, a ansiedade e o medo que a morte provoca. O afastamento do tabu – e do medo – aterrorizante que a morte provoca possibilita o revelar dos sentimentos através dos diálogos rumo ao alívio e à elaboração de sentimentos negativos e potencialmente prejudiciais à saúde desses profissionais. A redução da ansiedade e do medo da morte ajuda a entrar em contato com as possibilidades terapêuticas aos enlutados (pacientes com morte iminente, seus familiares e o próprio profissional de saúde). Ao tratar o sofrimento compartilhado pelos profissionais de saúde diante das tantas faces da morte e do morrer cotidiano também se tratam, indiretamente, dos sofrimentos daqueles pacientes-alvo de seus cuidados.

A morte integrada à vida reintegra o humano ao humano: temos preocupações com humanização da atenção e enquanto a vida pulsa podemos assistir com humanidade aqueles que estão morrendo. Deixamos de buscar o heroísmo ou o fazer fútil, a ilusão ou a negação do que tememos e passamos a viver no aqui e agora que precisa ser vivido, acolhendo o que pode

ser acolhido em respeito a nós mesmos e aos nossos pacientes. Seguimos em permanente crescimento mental que a abertura para se falar sobre a morte possibilitou.

"Navegar é preciso; viver não é preciso" (Fernando Pessoa). Parodiando o poeta, se viver *não é preciso*, morrer também não é, aprender sobre o morrer só tem uma precisão: a morte decreta o fim desta existência, encerra o ciclo de vida. Entrar em contato com os ensinamentos da morte oportuniza a mudança de direção, a correção de rota e a ressignificação do modo de viver neste mundo.

A sabedoria que a EPM ensina é que a vida é curta, passa rápido e pode ser mais bem vivida sem o temor da morte, sem os aprisionamentos – conscientes ou não – que este medo produz. Um deles, *o medo de perder*: medo que revela o quanto se tem, no fundo, um terrível *medo de amar*.

Finalizo este percurso com a sabedoria de Érico Veríssimo:

E nós sabemos que a vida, major, não merece bocejos. É rica demais, séria demais, interessante demais e principalmente curta demais para que fiquemos diante dela nessa atitude de fastio. Em suma, estou cansado deste mundo lógico, anseio por voltar, nem que seja por poucos dias, a um mundo mágico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEC. **Association for Death Education and Counseling - The Thanatology Association.** Disponível em <http://www.adec.org> – acesso em 19/06/2012.
- AFONSO, Maria Lúcia M. (org.). **Oficinas em Dinâmicas de Grupo: um Método de Intervenção Psicossocial.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- ARIÈS, Philippe. A morte domada. In: ARIÈS, Philippe. **O homem perante a morte.** 2ª Ed.. Coleção Biblioteca Universitária. Porto: Publicações Europa-América, 2000, p. 13-40.
- _____. A morte invertida: a mudança das atitudes diante da morte nas sociedades ocidentais. In: _____. **História da morte no ocidente.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2003, p. 227-245.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 4ª Ed.. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009.
- BRABANT, Sarah & KALISH, DeAnn. Who enrolls in college death education courses? a longitudinal study. **Omega Journal of death and dying**, vol. 58(1) 1-18, 2008-2009. Disponível em <http://baywood.com>, Baywood Publishing Co., Inc. doi: 10.2190/OM.58.1.a.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação?** São Paulo: Brasiliense, Col. Primeiros Passos, 28ª ed., 1993.
- BROMBERG, Maria Helena Pereira Franco; KOVÁCS, Maria Júlia. **Vida e morte: laços de existência.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **A psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.** São Paulo: EPU, 1995.
- CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, 31 (2): 209-13, 1997. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000200016>. Acessado em junho, 20, 2012.
- CARVALHO, Lucimeire Santos; OLIVEIRA, Milene Arão da Silva; PORTELA, Sandra Cabral; SILVA, Cátia Andrade da; OLIVEIRA, Ana Carla Petersen de; CAMARGO, Climene Laura de. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006, out/dez, 14(4): 551-7. Disponível em <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>
- COSTA, Juliana Cardeal da & LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol.13 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. [pp. 151-157], 2005. Recuperado em junho, 4, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br>, doi: 10.1590/S0104-11692005000200004

CREPALDI, Maria Aparecida. Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 16, June 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1999000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 01 July 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X1999000100009>

DALMOLIN, Grazielle de Lima; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan./mar. 17(1): 35-40, 2009. Recuperado em junho, 26, 2010, disponível em <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>, [LILACS ID: 513357]

DEATH REFERENCE. **Encyclopedia of death and dying**. *Online*. Disponível em: <http://www.deathreference.com/>. Acesso em junho, 20, 2012.

DE CARLO, Marysia M. R. do Prado.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. D. C. M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: Fundamentos para a prática. In: DE CARLO, Marysia M. R. do Prado.; LUZO, Maria Cândia M (Org.). **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Rocca, 2004. p. 3-28.

EIZIRIK, Cláudio Laks, POLANCZYK, Guilherme Vanoni, EIZIRIK, Mariana. A morte: Última Etapa do Ciclo Vital. In: EIZIRIK, Cláudio Laks, KAPCZINSKI, Flávio, BASSOLS, Ana Margareth Siqueira (Orgs.). **O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva psicodinâmica**. 1ª Ed.. São Paulo: Artmed, 2001, p. 192-200.

EIZIRIK, Cláudio Laks, KAPCZINSKI, Flávio, BASSOLS, Ana Margareth Siqueira (Orgs.). **O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva psicodinâmica**. 1ª Ed.. São Paulo: Artmed, 2001.

ESCOLA DE DIÁLOGO DE SÃO PAULO. Disponível em <http://www.escoladedialogo.com.br/dialogo.asp?id=2>, Acesso em junho, 30, 2012.

ESSLINGER, Ingrid; KOVÁCS, Maria Júlia; VAICIÚNAS, Nancy. Cuidando do cuidador no contexto hospitalar. **Rev. Mundo Saúde**. 28(3): 277-283, jul.-set. 2004. Recuperado em maio, 20, 2010, disponível em <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>, [LILACS ID: 383525]

FEIFEL, Herman. **The meaning of death**. 1st Ed.. New York: McGraw-Hill Book Company: 1959.

FERRY, Luc. **Aprender a viver: Filosofia para os novos tempos**. Tradução de Vera Lúcia dos Reis. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 23. Ed. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FRANCO, Maria Helena Pereira. Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. **Rev. Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 27, v. 27, n. 1. 2003, jan./mar, p. 182-184. Recuperado em maio, 25, 2010, disponível em <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>, [LILACS ID: 366429]

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello; CIAMPONE, Maria Helena Trench. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. Vol. 41, n.4, [pp. 660-667], 2007. Recuperado em maio, 25, 2010, disponível em: <http://www.scielo.br>, doi: 10.1590/S0080-62342007000400017

HERINGER, Cristina Freitas. **Em defesa dos grupos de suporte em enfermarias de clínica cirúrgica**. Trabalho de Conclusão de Curso. Manuscrito não publicado, 2008.

HUJBB. **Hospital Universitário João de Barros Barreto**. Disponível em <http://www2.ufpa.br/webhujbb/>, Acesso em junho, 19, 2012.

HOL. **Hospital Ophir Loyola**. Disponível em <http://www.ophirloyola.pa.gov.br/>, Acesso em junho, 25, 2012.

INSTITUTO PALIAR. Disponível em <http://www.paliar.com.br/pagina.php?p=6>, Acesso em junho, 30, 2012.

JATENE, Cristiane Donato. **O que é terapêutico**. Disponível em <http://cristianejatene.wordpress.com/o-que-e-terapeutico/>, Acesso em Junho, 25, 2012.

JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues; KOVACS, Maria Júlia. Alunos de Psicologia e a educação para a morte. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, set. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 jun. 2012.

KOVÁCS, Maria Júlia. Pensando a morte e os profissionais de saúde. In: Cassorla, Roosevelt M. Smeke (Coord.). **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1998, pp. 79-103.

_____. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. In: _____ (Coord.). **Morte e Existência Humana: Caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. 1ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (Série Fundamentos de Psicologia), 2008a.

_____. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008b.

_____. Os profissionais de saúde e educação e a morte. In: _____. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. 2ª Ed.; São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2008c, pp. 23-70.

_____. Profissionais de saúde diante da morte. In: _____. **Morte e desenvolvimento humano**. 5ª Ed.; São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008d, pp. 235-253.

KOURY, M. G. P. Ser discreto: um estudo sobre o processo de luto no Brasil urbano no final do século XX. **Rev. Bras. de Sociologia da Emoção**. RBSE, 9 (25): 08-96, Abril. Recuperado em junho, 14, 2010, disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>.

LEIS, Hector Ricardo. A sociedade dos vivos. **Sociologias** [online]. No. 9, Porto Alegre Jan./Jun., 2003, p. 340-353. Recuperado em maio, 25, 2010, disponível em: <http://www.scielo.br>, doi: 10.1590/S1517-45222003000100012

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.13 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2005 [pp. 145-150]. Recuperado em junho, 20, 2010, disponível em: <http://www.scielo.br> doi: 10.1590/S0104-11692005000200003

LEITÃO, Marisa Sá. **O Psicólogo e o Hospital**. Porto Alegre: Gagra-Dc Luzzatto Ed., 1993.

LINDBERGH, Anne Morrow. The past, present and future of death education. In: DENNIS, Dixie. **Living, Dying, Grieving**. Jones & Bartlett Learning, 2008, p. 197-206.

MACHADO, Cláudia Egypto; JORGE, Maria Salete Bessa. Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível. **Estud. psicol. (Campinas)**. V.22 n.2 Campinas abr./jun. 2005 [pp. 197-204]. Recuperado em junho, 5, 2010, disponível em: <http://www.scielo.br> doi: 10.1590/S0103-166X2005000200009

MARTINS, L. A. N.. A saúde do profissional de saúde. In: DE MARCO, M. A. (Org.). **A face humana da medicina – do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, pp. 93-96.

MENEZES, Rachel Aisengart and HEILBORN, Maria Luiza. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. **Rev. Estud. Fem.** [online]. 2007, vol.15, n.3, pp. 563-580. ISSN 0104-026X.
em 2/2/10.

MORIN, Edgar. **O homem e a morte**. Ed. Europa-América. Col. Biblioteca Universitária. 1976.

OKAMOTO, Miriam Rosely Yoshie. **A morte que invade espaços: vivências de profissionais na instituição hospitalar**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Psicologia Grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre: Artmed, 2003, reimp.: 2007a.

_____. **Grupoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2007b.

PALIATIVISMO. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Paliativismo>.

PETRAGLIA, Izabel & BASTOS, Carlos Roberto Fontana. Morte, complexidade e educação. In: **Notandum Libro** [online]. N. 13 [pp. 21-28]. 2009. S. Paulo: Porto. Recuperado em maio, 25, 2010, disponível em: http://www.hottopos.com/notand_lib_13/index.htm

QUINTANA, Alberto Manuel; KEGLER, Paula; SANTOS, Maúcha Sifuentes dos; LIMA, Luciana Diniz. **Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal**. 2006. Paidéia, 16(35), 415-425

RIBEIRO, Maria Cecília; BARALDI, Solange; SILVA, Maria Júlia Paes da. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. **Rev. esc. enferm. USP** vol.32 no.2 São Paulo ago. 1998. Recuperado em junho, 6, 2010, disponível em <http://www.scielo.br>, doi: 10.1590/S0080-62341998000200004

ROCHA, Rui Barbosa. **Um é, pelo menos, dois**. Manuscrito não publicado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP, 1994.

SALOMÉ, Geraldo Magela; CAVALI, Amanda; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, vol. 62, n. 5, [pp. 681-686]. Recuperado em maio, 25, 2010, disponível em: <http://www.scielo.br> doi: 10.1590/S0034-71672009000500005

SANTOS, Alexandra Carolina Amaral; SOARES, Lígia; GRACIOTTO, Mari Cristina; SCIEPIECZ, Sabino; BATISTA, Vanilde; VELEZ, Gladys Amélia. A morte de idosos asilados – percepção dos cuidadores de enfermagem. **Ciênc, Cuid Saúde**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 277-286, set/dez, 2004, disponível em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mfn=14389&about=access&lang=pt#>

SCARLATELLI, Cleide Cristina da Silva; PRIZANTELLI, Cristiane Corsini; SHIMA, Emi & VIEIRA, Yvonne. Solidão e impotência do profissional, do familiar e do paciente diante da morte. In: M. H. P. Franco (Org.). **Nada sobre mim sem mim**. Campinas, SP: Livro Pleno, 2005, pp. 73-91.

SILVA, Antônio Lucieudo Lourenço da; RUIZ, Erasmo Miessa. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de Enfermagem. **Estud. psicol. (Campinas)**. Vol.20 no.1 Campinas jan./abr, 2003 [pp. 15-25]. Recuperado em junho, 5, 2010, disponível em: <http://www.scielo.br> doi: 10.1590/S0103-166X2003000100002

SILVA, Lucia Cecilia da. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 16, jun. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 mar. 2011

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

SOUZA, Airle Miranda de & MATOS, Evandro Gomes de. Reflexões sobre as abordagens qualitativas, o método clínico e a entrevista como o encontro no aqui e agora entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. In: GRUBITS, Sônia & NORIEGA, José Angel Vera (Orgs.). **Método Qualitativo: epistemologia, complementaridade e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004, p. 220.

SOUZA, Airle Miranda de; MOURA, Danielle do Socorro Castro; PEDROSO, Janari da Silva. Instrumento de avaliação do luto e suas funções terapêuticas: a experiência em um serviço de pronto atendimento ao enlutado. In FRANCO, Maria Helena Pereira (org.). **Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2010, p. 144.

SPÍNDOLA, Thelma; MACEDO, Maria do Carmo dos Santos. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 108-117, abr. /jun.. 1994 Recuperado em junho, 8, 2010, disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Pesquisa qualitativa. IN: TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, pp. 116-133.

TUCKER, Tara. Culture of Death Denial: Relevant or Rhetoric in Medical Education? In: **Journal of Palliative Medicine**. [pp. 1105-1108]. V. 12, N. 12. 2009. Recuperado em maio, 25, 2010, disponível em: <http://www.liebertpub.com/products/product.aspx?pid=41>, doi: 10.1089=jpm.2009.0234

TURATO, Egberto Ribeiro. As características do método clínico-qualitativo. In: **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão**

comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3ª Ed.; Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, pp. 245-267.

ZIMERMAN, David E.. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

_____. Insight, Elaboração, Crescimento Mental. In ZIMERMAN, David E. **Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão.** Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 211.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

PESQUISA: *Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer: sobre seus Significados.*

ESCLARECIMENTOS DA PESQUISA

Você é convidado a participar da pesquisa intitulada *Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer: sobre seus Significados.* Neste estudo, buscamos compreender os significados atribuídos por você à experiência de ter participado ou participar dos grupos de discussão acerca do luto, da morte e do morrer.

Caso aceite participar do estudo, você será entrevistado uma única vez. O roteiro de entrevista inclui três partes: (1ª parte) no qual queremos conhecer sobre seus dados sociodemográficos; (2ª parte) no qual queremos saber sobre sua formação acadêmica e atividade profissional e (3ª parte) na qual estamos interessados em compreender sua experiência nos grupos de discussão acerca do luto, da morte e do morrer e como você avalia a mesma, sendo que seu relato será gravado para posterior transcrição. Sua participação não implica em nenhum gasto ou ganho financeiro, sendo sua participação importante para o estudo acerca dos grupos de discussão acerca do luto, da morte e do morrer em contextos hospitalares.

Caso não aceite participar do estudo, isto não implicará em nenhum prejuízo ao seu vínculo na instituição ou ao cargo ou função que você desempenha, ou a sua participação nos grupos de discussão acerca do luto, da morte e do morrer. Você poderá desistir de participar a qualquer momento e isso não implicará em nenhum dano a você.

Os dados coletados serão utilizados para elaboração de relatórios, monografia e artigos científicos, sendo que quando da publicação sua identidade será preservada.

O estudo não apresenta nenhum risco à sua integridade física ou psicológica visto que não manipula fármacos e durante a coleta de dados você poderá expressar-se livremente. Seus benefícios resultam na produção de conhecimento científico sobre os grupos de discussão acerca do luto, da morte e do morrer para profissionais de saúde que trabalham em hospitais.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo *Grupos Centrados na Tarefa de Dialogar sobre a Morte e o Morrer: sobre seus Significados.* Ficaram claros pra mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de que nada afetará a meu vínculo estabelecido com este hospital. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do sujeito

Belém, ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável

Belém, ____/____/____

Nome: Cristina Freitas Heringer

End.: Rua Chaves, 34 - Fone: 32389499 - Reg. no Conselho: CRP 10/029028

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA

I- Dados sociodemográficos

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade: _____
3. Estado civil: _____
4. Religião: _____
5. Especifique quantas vezes você participou do Gel HUIBB:
 - a) () 1 vez
 - b) () 2-4
 - c) () 5-7
 - d) () 8-10
 - e) () 11-13
 - f) () mais de 13

II- Dados acadêmicos e atividade profissional

1. Formação: _____
2. Curso de Graduação:
 - a. () Concluído
 - b. () Em andamento, a ser concluído no ano de: _____
 - i. Instituição de Graduação: _____
3. Curso de pós-graduação:
 - a. Especifique o nível: _____
 - i. () Concluído
 - ii. () Em andamento, a ser concluído no ano de: _____
 - b. Instituição de Pós-graduação: _____
4. Atividade profissional atual: _____ Instituição: _____ Setor: _____
5. Vínculo institucional: _____ Cargo: _____

III- Significando o encontro e avaliando a experiência

1. Como foi sua inserção no GEL? (espontânea ou não espontânea)
2. Qual ou quais os motivos foram significativos à sua inserção no grupo?
3. O que significa pra você o GEL?
4. Como é a experiência de participar dos grupos de discussão acerca do luto, da morte e do morrer?
5. Como você avalia essa experiência?

ANEXO

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO - CEP DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP



TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará analisou o projeto de pesquisa intitulado **“Grupos centrados na tarefa de falar sobre a morte e o morrer: sobre seus significados”**, protocolo nº1317/11 sob a responsabilidade da pesquisadora Cristina Freitas Heringer, *orientação da Profa. Dra. Airle Miranda de Souza*, obtendo **APROVAÇÃO** na reunião do dia 31.05.2011, por estar de acordo com a Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil.

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá ser encaminhado relatório semestral e, ao final, elaborado um relatório consolidado, incluindo os resultados finais da pesquisa, em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa.

Prazo para envio de relatório parcial: agosto/2011.
Prazo para envio de relatório final: março/2012.

Situação: *Aprovado.*

Belém, 31 de Maio de 2011.

Dr. João Soares Felício
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / HUJBB/UFPA
CRM: 4409

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / HUJBB/UFPA