

Curso de Psicologia

Willian Augusto dos Santos Solano

"OS QUE FICAM": A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O
ATO DE MEDICAR PESSOAS QUE VIVENCIAM SITUAÇÕES DE MORTE

Santa Cruz do Sul
2018

"Os que ficam": a percepção dos profissionais de saúde sobre o ato de medicar
pessoas que vivenciam situações de morte

Willian Augusto dos Santos Solano¹

Jerto Cardoso da Silva²

Resumo: Nota-se o crescimento da utilização de medicamentos para tratar, prevenir, acalmar temporariamente e, até mesmo, curar os diversos “mal-estares” físicos ou biológicos, dito “do corpo”. Diante disto, o presente estudo teve por objetivo analisar e conhecer a percepção dos profissionais da saúde frente ao ato de medicar pessoas diante situações de morte. Para o percurso metodológico, realizou-se pesquisa qualitativa, em que participaram nove profissionais de Psicologia, Enfermagem e Psiquiatria. Os participantes foram selecionados pela técnica metodológica de amostragem não probabilística por conveniência, e a coleta dos dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas. O Método de Análise de Conteúdo foi utilizado para análise, tratamento e interpretação dos fenômenos sociais. Como resultado e discussão, foram identificadas as seguintes categorias: *“Medicar sintomas e sinais em função da funcionalidade do sujeito”, “Medicação como alívio do sofrimento” e “Luto como processo e não como patologia”*.

Palavras chave: psicologia; medicação; morte; profissionais da saúde.

¹ Acadêmico do curso de Psicologia – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC);

² Orientador Professor Doutor – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Introdução

É evidente o crescimento da utilização de medicamentos para tratar, prevenir, acalmar temporariamente e, até mesmo, curar os diversos “mal-estares” físicos ou biológicos, dito “do corpo”. Entretanto, ao abordar a Saúde Mental, nem sempre há a possibilidade de cura, mas, formas de lidar e acalmar alguns sintomas com o uso de tais medicamentos.

Neste contexto, podemos perceber situações com pessoas que sofreram alguma perda, seja ela de um ente querido ou, até mesmo, a sua moradia. Nestes casos, embargos importantes acometem os sujeitos medicados, ao testemunhar sérias dificuldades para lidar com a medicalização por parte de tal fenômeno.

Este trabalho visará conhecer as percepções dos profissionais da saúde decorrente de atendimentos a pessoas frente a situações de morte e, quanto ao ato de medicar, promovendo uma discussão acerca dos sentidos e significados que se produzirem desta experiência.

Para pensar o conceito de luto recorreremos a Sigmund Freud, uma vez que ele teceu grandes considerações sob um ponto de vista subjetivo que antagoniza com nossa atual conjuntura de produtividade, consumo e aparências. Freud atenta, em sua obra “Luto e Melancolia” (1917), para o ponto em que considera o luto como uma reação frente à perda de um ente querido, pessoa, ou até mesmo, de algum substituto que tenha ocupado este lugar. Com isso, destaca a possibilidade de algumas pessoas desenvolverem uma melancolia frente às mesmas condições, o que o leva a crer que há uma disposição psíquica preexistente. Destaca ainda, que

embora o luto envolva grandes afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele (FREUD, 1917, p. 249).

O processo de luto e seu avesso implicam a retirada de grande quantidade de libido do objeto amado, uma vez que estes vínculos e relações não existem mais. Assim, alguns supõem uma “aproximação” com a psicose, uma vez que, o trabalho de elaboração não recairia sobre a angústia, pois, cede da ideia de ter perdido para sempre o objeto amado. Contudo, este efeito poderá levar ao caminho contrário, caso o sujeito aceite a morte do outro e tome para si o encargo de elaborar este mal-estar (FREUD, 1917; MEDONÇA, 2010). Na melancolia, nota-se um “processo cíclico” de

reviver o "mal-estar", tornando assim, impossível a entrada do sujeito no processo que conhecemos como "trabalho de luto" (TAVARES, 2010).

Com o advento do discurso da ciência, sob o presságio do discurso do capitalismo, o desenvolvimento de uma medicina medicamentosa voltada para evidências biológicas, é que se dá a troca do termo melancolia pela palavra depressão. Deste modo, passa a ser, então, um sintoma social, que por sua vez, marca o encontro da psiquiatria com o capitalismo, resultando daí o homem neuronal (ANDRÉ, 1995). Ao passo que, não mais importa pensar e compreender a tristeza a partir de uma estrutura clínica. Ou seja, não importa mais a interação que há deste mal-estar com a clínica do discurso, que considera o inconsciente estruturado como linguagem, sujeito e objeto de gozo, para poder compreender melhor a problemática do homem moderno (ANDRÉ, 1995).

É a partir de 1950 que há uma mudança do paradigma acerca do tratamento da loucura; a contenção que antes era física passa a ser química. (ROUDINESCO, 2000). Contudo, ao abordar a Saúde Mental, nem sempre há a possibilidade de cura, mas, formas de lidar e acalmar alguns sintomas com o uso de tais medicamentos, moldando assim, uma nova forma de homem, mas também, uma normatização de sua subjetividade.

Assim, psicoses, neuroses, fobias, melancolias e depressões são tratadas pela psicofarmacologia como um punhado de estados ansiosos, decorrentes de lutos, crises de pânico passageiras, ou de um nervosismo extremo (ROUDINESCO, 2000, p.7).

Nesta era pós-moderna, ou, hipermoderna como afirma Lipovetsky em seu livro "Os tempos hipermodernos" (2004, p.84)

"quanto mais o indivíduo é socialmente cambiante, mais surgem manifestações de esgotamentos e 'panes' subjetivas. Quanto mais ele quer viver intensa e livremente, mais se acumulam os sinais do peso de viver".

E para dar conta deste acúmulo do "peso de viver" em um mundo sem limites a gozo, lança-se mão do "arsenal *fast-food* da farmacoquímica moderna" (Söhnle, 2013, p.33). Ao passo que,

O sucesso de mentalidade do significante depressão, próprio da nosografia psiquiátrica, inclui-se no contexto de um verdadeiro derrame de novas hóstias sintéticas no mercado de gozo: os neurolépticos, os tranquilizantes, os hipnóticos e os antidepressivos (SÖHNLE, 2013, p.33-34).

E assim, pode-se recuperar a sua produtividade, reintegrar à sociedade, além de ofertar uma maior “estabilidade” frente à condição dita humana, conforme afirma Roudinesco (2000):

“[...] quanto mais se promete o ‘fim’ do sofrimento psíquico através da ingestão de pílulas, que nunca fazem mais do que suspender sintomas ou transformar uma personalidade, mais o sujeito, decepcionado, volta-se em seguida para tratamento corporais ou mágicos” (p.22).

Porém, nós, enquanto profissionais da área da saúde, cabe apostar na busca de respostas sobre a implicação dos psicofármacos nos processos de luto, levando em consideração a atual conjuntura de eugenia social, o sujeito e sua capacidade de falar que, ainda podem gerir a elaboração de seus processos de luto.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo, pois, tem o propósito de conhecer a percepção dos profissionais da saúde sobre o ato de medicar pessoas que vivenciam situações de morte. Segundo Minayo (2014, p. 57) o método qualitativo pode ser entendido como o estudo “das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”, além de oportunizar a exploração dos pressupostos que interferem em nossa compreensão do mundo social, bem como, considerar os participantes como elementos com potência para a mudança e a criação do ambiente e não como variáveis estatísticas (KERR; KENDALL, 2013).

A participação dos profissionais ocorreu considerando a disponibilidade e o interesse em fazer parte da pesquisa, consentida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Deste modo, os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, contemplando três profissionais das áreas de Psicologia, Enfermagem e Psiquiatria, totalizando nove profissionais da saúde. A escolha por estas categorias de profissionais se justifica por considerar que são referência às questões de manejo e cuidado de pessoas, seja no serviço público ou privado.

No estudo, utilizou-se como instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada. Para Minayo (2014), a entrevista em si, favorece a coleta de informações através da fala individual, revelando condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos, dessa forma, buscará descrever, analisar e interpretar as

percepções dos profissionais de saúde que participarão da pesquisa com base em seus depoimentos e experiências, priorizando-se o seu significado. A escolha pela entrevista semiestruturada deu-se pela “possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada” (Minayo, 2014, p. 261-262) e ainda, conforme Gil (2008, p. 122) “este tipo de questão possibilita ampla liberdade de resposta”. Assim, oferecerá a possibilidade de os profissionais discorrerem sobre suas experiências, permitindo respostas livres e espontâneas a partir do foco principal deste trabalho.

Os dados serão analisados a partir da Análise de Conteúdo, método proposto por Laurence Bardin. A autora ressalta que, “a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 2016, p. 38). Os conhecimentos depreendidos podem ser de natureza psicológica, histórica, sociológica, dentre outros.

Quanto às questões éticas da pesquisa, foram submetidas e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) com parecer de CAAE 80988017.3.0000.5343.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, sempre preservando a fidedignidade e o sigilo dos participantes. Em seguida, realizou-se a análise dos dados a partir da “Análise de Conteúdo”. Com isso, foram apontadas três categorias de maior frequência, as quais serão descritas e analisadas conforme cada categoria temática.

Tecendo discussões

Entre os profissionais, o participante com maior experiência era da área médica com trinta e cinco anos de exercício, enquanto o participante com menos tempo de atuação foi da área de psicologia com um ano de serviço. A média de tempo de atuação entre os profissionais que participaram do estudo foi de 14 anos. Conforme destacado no abaixo (Quadro 1).

Formação	Tempo de profissão (em anos)
Medicina (M1)	35
Medicina (M2)	27
Medicina (M3)	20
Psicologia (P1)	4
Psicologia (P2)	2
Psicologia (P3)	1
Enfermagem (E1)	10
Enfermagem (E2)	4
Enfermagem (E3)	30

Quadro 1. Caracterização profissional dos participantes com o seu tempo de atuação.

Todos os participantes do estudo mesclavam experiências profissionais no serviço público e privado. Quanto ao sexo dos entrevistados, a amostra caracterizou-se por ter seis profissionais do sexo feminino e três do sexo masculino. Com o intuito de garantir o anonimato, os participantes serão indicados pela letra, seguida de numerais, conforme o quadro acima.

O processo de análise de dados foi realizado a partir de uma leitura flutuante do material sobre o tema, no qual se centralizou os significados em três categorias “*Medicar sintomas e sinais em função da funcionalidade do sujeito*”, “*Medicação como alívio do sofrimento*” e “*Luto como processo e não como patologia*”, cujas informações podem ser observadas no Quadro 2.

Para cada elemento de análise apresentado, foram elencadas três ou mais falas dos participantes que o exemplificam, mesmo que em diversos elementos de análise o número de ocorrências tenha sido maior que o número de exemplos. Assim, a partir do critério de aproximação semântica, as falas dos participantes permitiram responder aos objetivos deste estudo e ainda aprofundar o fenômeno pesquisado.

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
“em psiquiatria se medica sintomas e sinais de transtornos mentais, não se medica situações [...] a indicação de medicação está ligada à intensidade de sintomas” (E1)	Medicar sintomas e sinais	Medicar sintomas e sinais em função da funcionalidade do sujeito;
“estagnaram na sua vida pessoal, na vida ocupacional aí é outra questão. Aí tu consegue vê que isso foi patológico” (E5)	Medicar prejuízo da funcionalidade do sujeito	
“a medicação é como um... uma ajuda pra ela conseguir se suportar e se aguentar naquele momento, nesse processo” (E2)	Medicação como forma de suportar o sofrimento	Medicação como alívio do sofrimento
“conforme for necessário em vista da intensidade dos afetos dos sujeitos afetados e da característica incapacitante que essa intensidade confere a esses afetos. [...] a medicação diminui a intensidade dos afetos pra que eles possam permanecer vivos, suportável” (E1)	Cessar a intensidade dos sintomas	

“Eles precisam vivenciar esse luto. É um momento único para eles, depende da, então eles precisam vivenciar para poder elaborar essa perda” (E4)	Morte deve ser vivenciada/não patologizada	Luto como processo e não como patologia;
“Luto não se resolve com medicação. O luto é um... uma resolução de... emocional, psicológica” (E3)	Não medicalizar a morte/vivenciar o luto	

Quadro 2. Síntese das categorias intermediárias e de análise.

Medicar sintomas e sinais em função da funcionalidade do sujeito

Para melhor compreender esta categoria final, precisamos voltar para o período em que a clínica médica deu seus primeiros passos à uma “medicina científica”, que é como a conhecemos atualmente. E para isso, invocamos Foucault (2004) que em seu livro “O Nascimento da Clínica” explana

“A clínica pede ao olhar tanto quanto a história natural. Tanto e até certo ponto a mesma coisa: ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los. Classificá-los por espécies ou famílias” (p. 98).

É através do olhar clínico que se busca separar, analisar, prever e conhecer os sintomas que assombram o ser humano. Contudo, foi preciso organizar este “novo” método com o objetivo de estudar as doenças e, para isso era preciso um olhar do médico; este olhar deve estar atento para o que se afasta da normalidade e, ainda, deve se calcular as possíveis ameaças.

Primeiramente, não é mais o olhar de qualquer observador, mas o de um médico apoiado e justificado por uma instituição, o de médico que tem poder de decisão e intervenção. Em seguida, é um olhar que não está ligado pela rede estreita de estrutura (forma, disposição, número, grandeza), mas que pode e deve apreender as cores, as variações, as ínfimas anomalias, mantendo-se sempre à espreita do desviante. Finalmente, é um olhar que não se contenta em constatar o que evidentemente se dá a ver; deve permitir delinear as possibilidades e os riscos; é calculador (FOUCAULT, 2004, p.97).

Como podemos observar nas falas dos participantes, a evidência da manifestação sintomática prevalece para pensar a conduta terapêutica, bem como, se já apresentam alguma psicopatologia, como forma de manutenção de sua condição:

“em psiquiatria se medica sintomas e sinais de transtornos mentais, não se medica situações [...] a indicação de medicação está ligada à intensidade de sintomas” (M1).

“eu acho assim, em psiquiatria que o luto não se medica. [...] o que que acontece, às vezes, tem pessoas que lidam de uma maneira, hã... ruim. [...]se sente muito ruim que... aí, nesses casos, às vezes, se usa só um sintomático” (M3).

Foucault (2004) atenta ainda para a questão da relação deste olhar para com a doença, ao mesmo tempo em que ela se oferece e se constitui, bem como, ressaltando que não se versa sobre a concepção inicial de doença que mudou e, depois, a forma da maneira de como foi vista, ou ainda, o sistema de sinais e

consequentemente a teoria, mas, como um grupo de elementos tidos como um todo que precisava ser considerada, “é preciso ler as estruturas profundas da visibilidade em que o campo e o olhar estão ligados um ao outro por *códigos de saber*”. No século XVIII, era através dos sintomas e dos signos da doença que ela se manifestava aos olhos do observador e, também, a formação do método clínico estava ligada a uma emergência do olhar do médico sobre ela. Deste modo, o sintoma deixa de ser uma relação da doença com o corpo, pois, não existira uma essência patológica senão a própria doença como fenômeno dela mesma, conforme explicita

“Nada mais são do que uma verdade inteiramente exposta ao olhar; seu liame e seu estatuto não remetem a essência alguma, mas indicam uma totalidade natural que tem apenas princípios de composição e formas mais ou menos regulares de duração [...]. O sintoma é assim destituído de seu papel de indicador soberano, sendo apenas o fenômeno de uma lei de aparição; está no nível da natureza.” (FOUCAULT, 2004, p.99).

Apesar de constituir um olhar clínico sobre as enfermidades baseados nos pressupostos das ciências naturais, a medicina ainda se constituía como sendo um campo de conhecimento incerto. Contudo, é a partir deste efeito que ela passa a beber das águas do saber probabilístico para tratá-lo “analiticamente como a soma de graus de certeza isoláveis e suscetíveis de um cálculo rigoroso”, resultado do desenvolvimento dos estudos da área de exatas, como a matemática que permitiram a medicina ocupar-se dos estudos de probabilidade e frequência de tais eventos, com intenção de quantizar os fatos patológicos e verificar sua incidência para então, complementar seu saber.

E dessa necessidade de classificar, medir, analisar, prever e conhecer os sintomas – já que estes seriam a manifestação da própria enfermidade –, bem como, a sua frequência que surgem os manuais de classificação dos transtornos mentais, como por exemplo, talvez o mais conhecido seja o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que já está em sua 5ª versão. Este manual também é tido como sendo a “bíblia” da psiquiatria, pois sua utilização tornou-se referência obrigatória para a psiquiatria mundial (CAPONI, 2012).

Indiferente da situação desencadeante, os sintomas são agrupados de acordo com a sua manifestação no corpo, os seus sinais. Desta forma, podemos pensar os sintomas do luto como sendo similares aos sintomas de um transtorno depressivo maior, por exemplo, como muitas vezes eles são assemelhados e descritos no referido manual para então, pensar numa terapêutica quimicamente tratável. Como descrita nesta fala de um profissional

“talvez a medicação precise entrar por a pessoa já tá num estado de depressão ou alguma coisa assim” (P1).

Outro fator importante a ser considerado quando falamos dos manuais são a prevalência do saber biológico sobre os transtornos mentais que são compreendidos como sendo consequências de desordens químicas no cérebro (FREITAS; AMARANTES, 2015). E quando falamos em desordens químicas no cérebro, tendo como base uma ideia funcional de sujeito, podemos pensar no ato de medicar como sendo uma tecnologia de poder: o poder sobre os processos de vida e morte, como diz Foucault (2010) “fazer viver e deixar morrer” (p.287), que seria o papel social da medicina nos dias atuais.

Constantemente somos alvos de matérias de jornais, programas de TV sobre a forma de melhor vivermos sob a palavra de ordem “qualidade de vida”. Para isso, a medicina nos diz como viver, como comer, como transar, como emagrecer, como dormir... como consumir saúde ao passo de afastar a todo custo a morte. Ou seja, o preço que pagamos por tirar de vista (isso incluindo o pensar sobre) a morte é consumindo saúde.

Essa manifestação de governo sobre a vida, Foucault (2010) chamou de biopolítica:

“a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença. Logo depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante ao modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante... que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma ‘biopolítica’ da espécie humana” (p. 289).

E aqui, temos uma fala que recorta esse controle sobre a vida

“[...] que atinja um nível tal de prejuízo do funcionamento adaptativo da pessoa, ponto de vista ou da suportabilidade do sofrimento ou da afetação de funções fisiológicas. [...] a adaptação da capacidade de trabalhar, de se relacionar socialmente, de desempenhar seus papéis sociais. [...] a medicação [...] está indicada quando há uma afetação de prejuízo dessas capacidades, independentemente, de qual seja o fator desencadeante, fator estressante que tá levando a isso [...]” (M1).

Ignácio e Nardi (2007) demonstraram em seus estudos que o dispositivo da medicalização é produto interior da biopolítica, pois, ele emerge como sendo uma forma de individuação do poder.

“Ele age conformando modos de ser e instaurando uma normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento (de qualquer origem e forma) não se torna objeto de reflexão e busca de construção de outras formas de ser, mas sim de um “bloqueio químico” das emoções” (p.89).

No trecho que se segue, podemos observar a compreensão do sofrimento como sendo um fenômeno global. O sofrimento não está mais ligado a uma história ímpar de vida, de relação, do sujeito com o seu bem-estar, mas aos sintomas que precisam ser medicados e tratados, para então, estar curado. Assegurando esta como forma de fazer cuidado em saúde

“quando existe muito sofrimento, ‘ah, não dorme’, não, é... não raciocina... é uma tristeza tremenda, chora dia e noite, noite e dia, eu acho que aí é um remédinho ou uma medicação, um antidepressivo, ou um... um remédio pra dormir é, é, é... é humano” (M2).

É curioso o fato de pessoas e profissionais justificar as práticas de saúde tidas como sendo “modernas” quando a própria clínica médica tem sua prática baseada, ainda, nos seus primórdios: o olhar clínico.

Este recurso é sustentado pelos manuais de diagnósticos, servindo para pensar qual será a terapêutica utilizada para o alívio do sofrimento, comumente como sendo o mais rápido, o mais moderno e eficaz. Acerca deste tratamento será desenvolvida na próxima categoria final.

Medicação como alívio do sofrimento

A medicação nem sempre fez parte do tratamento das doenças mentais. No final dos anos 30 e início dos anos 40, tínhamos como formas de tratamentos a terapia por coma insulínico – onde eram injetadas altas doses de insulina nas pessoas ao ponto de entrarem em coma hipoglicêmico, sendo reanimadas com a injeção de glicose. Em seguida, vieram as terapias convulsivas, nas quais induziam uma convulsão com aplicações de eletrochoque, até chegarmos no tratamento mais moderno: a lobotomia frontal. Neste contexto, início da década de 40, era expressivo o número de pessoas asiladas em sanatórios dos Estados Unidos, o que se tornou uma preocupação para o governo e sociedade, quais estavam conscientes do desenvolvimento dos antibióticos, uma vez que, eliminavam os agentes bacterianos sem causar danos às células saudáveis (WHITAKER, 2017).

É curioso pensar na aproximação que houve entre o desenvolvimento do tratamento contra as doenças infecciosas com os das doenças mentais. Esta aproximação resultou na mudança de paradigma – saída do modelo psicológico para o modelo biológico da compreensão das doenças mentais, conhecido como “revolução psicofarmacológica” que acenavam para a “abolição dos sintomas em poucas semanas” (RODRIGUES, 2003, p. 13).

Whitaker (2017) destaca que

“se também examinarmos de que modo elas passaram a ser chamadas de *antipsicóticos*, *ansiolíticos* e *antidepressivos* – palavras indicativas de que se tratava de antídotos para distúrbios específicos –, veremos um processo muito diferente em ação. A revolução psicofarmacológica nasceu de uma parte de ciência e duas partes de racionalização do desejo, confundido com a realidade (p. 63).

Essa virada paradigmática tem seu marco visto nas mudanças ocorridas na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM. Nesta edição, a proposta foi retirar a etiologia das doenças mentais para assumir uma descrição dos fenômenos para enxergá-lo como algo em si (RODRIGUES, 2003). Ao passo que, não mais importa pensar e compreender o sofrimento humano a partir de uma subjetividade marcada pela interação que há deste mal-estar com a sua história singular de vida, os seus sentidos e significados.

Até a metade do século XX, tínhamos a subjetividade humana sendo compreendida através de um “eu interior” que possuía áreas amplas e profundas camadas inacessíveis à consciência, sem tantas delimitações orgânicas topográficas e com relativa margem de manipulação, hoje, a subjetividade se mostra compreendida como limitada a ação de intervenções dirigidas ao cérebro humano por meio das terminologias “moleculares e neuroquímicos” (CASTIEL, 2012).

Para o autor, o resultado desta virada epistêmica corroborou para

“validar o campo da psiquiatria biológica mediante a argumentação de sua ampla produção de conhecimento em termos de cientificidade no decorrer das três décadas anteriores” (CASTIEL, 2012, p. 11).

Desde modo, o discurso e a cultura, contribuíram para uma psiquiatria biológica, aonde não busca separar os transtornos orgânicos e funcionais, nem mente e psiquismo, sendo de origem mental a manifestações comportamentais, a ocorrência seria em consequência de desajustes e alterações neuroquímicas (CASTIEL, 2012).

Dito de outro modo, Rodrigues (2003, p.15) exemplifica que uma depressão pode ser compreendida do mesmo modo que a pneumonia: “se não há pneumônicos, mas indivíduos com pneumonia, também não deve haver deprimidos, mas sim

indivíduos com depressão”, deste modo destitui-se a doença da experiência subjetiva para compreendê-la como sendo a própria entidade nosológica, e por fim, deve ser tratada com a utilização de psicofármacos.

Ainda segundo, Whitaker (2017, p. 68-69)

a visão de pacientes tuberculosos dançando sugeriu que essas drogas poderiam ser úteis na psiquiatria, como tratamento da depressão. [...] Mas nenhuma dessas drogas foi desenvolvida depois de os cientistas identificarem algum processo patológico ou anormalidade cerebral que pudesse causar esses sintomas”.

O que nos leva a pensar que, não se trata de curar tais doenças mentais, mas deixar o indivíduo funcional, calmo e anestesiado de seu sofrimento para lucrar com a venda da ideia de uma possível extirpação deste mal-estar, como podemos observar nas falas dos entrevistados

“é um sofrimento, é inevitável, e nenhum, não existe remédio que vai tirar esse sofrimento, porque o remédio vai ser indicado é tornar esse sofrimento suportável, né, colocar ele num nível suportável (E1)”.

“uma medicação para se acalmar, para ficar mais tranquilo [...] Mas eu acho que quando se faz necessário, quando é importante a medicação seja uma maneira de acalmar aquele familiar” (E7).

Enquanto outro entrevistado considerou o outro lado da medicação

“e, às vezes, essas medicações entram bem no sentido de dopa... de... ‘deixa ela dormir. Ela tá descansando. É pra ela se acalmar” (P1).

De acordo com esta fala, Caponi (2012) nos alerta para o perigo de

limitar nossos sofrimentos decorrentes de problemas sociais a explicações neurológicas ou hereditárias contribuirá para obscurecer os problemas concretos que, em muitos casos, provocaram os sofrimentos. Essas explicações reducionistas levarão a minimizar nossa capacidade de refletir sobre nós mesmos e restringirão as possibilidades de criar estratégias efetivas para dar resposta a nossos problemas (p. 16).

Deste modo, assistimos a crescente consolidação de uma “medicina do não patológico [...] que redefine quase todos os nossos sofrimentos e condutas em termo médicos” (CAPONI, 2012, p.19). Relatos como este, ilustram a utilização da ação do biopoder sobre a área da saúde, buscando um gerenciamento deste corpo através da utilização de medicamentos que alteram suas necessidades e emoções tão ímpares no processo do luto, no qual a vigília e o dissabor a eventos sociais são baixos.

Apesar disto, alguns profissionais, em especial os psicólogos e enfermeiros, estão inteirados destes eventos e passam a considerar o luto como um processo que precisa ser assegurado e garantido, como veremos na próxima categoria de análise.

Luto como processo e não como patologia

Combinato e Queiroz (2006) referem que a morte faz parte do processo de desenvolvimento humano, bem como, está presente no nosso cotidiano. Contudo, somos constituídos pelos aspectos simbólicos, isto é, pelos significados ou pelos valores que atribuímos para as coisas.

Deste modo, a compreensão e manifestação do processo do luto tão foi modificado. No passado, a morte seguia um ritual que envolvia o morto com a sua família e amigos, como explicita Ariès (2003)

“a morte é uma cerimônia pública e organizada. Organizada pelo próprio moribundo, que a preside e conhece seu protocolo [...] Tratava-se uma cerimônia pública [...] Era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes. Lavavam-se as crianças” (p.34).

A morte que era significada e elabora através da cultura, passa a ser mediada pelo saber científico, pois é o profissional que sabe como este evento é organizado, orientando um saber do sujeito, como por exemplo, a psiquiatria pode debruçar-se sobre o processo de luto, definindo critérios para um luto “normal” para pensar o luto patológico, considerando sua incidência e tempo de duração, sendo díspar sua compressão do passado.

Messias (2014) ancorado pelos critérios do DSM-V refere que o diagnóstico para definir como sendo luto “patológico” não deve ser feito antes de passados seis meses da perda do ente querido. Entretanto, Kovács (1998) ressalta que

o tempo de luto é variável e em alguns casos pode durar anos. Pode-se dizer que em alguns casos o processo de luto nunca termina, com o passar do tempo, uma profunda tristeza, um desespero e um desânimo tomam conta, quando se recorda o morto, embora estes sentimentos ocorram com menos frequência. O traço mais permanente no luto é um sentimento de solidão (p.154).

Acerca da questão do tempo e da manifestação de sentimentos como sendo um recurso terapêutico, um entrevistado referiu

“Primeiro, a gente tem que saber respeitar. Eles têm o momento deles. Então a gente tem que.... Prestar as condolências, sim.... Deixar com que eles falem, hã... Porque ser terapeuta também não é só tu dar orientações e ajudar a fazer a elaboração do luto, tu abrir um espaço de escuta terapêutica... Eles precisam falar, tá?! hã... A sociedade em si não deixa, né?! hã... ‘tu tem que... hã... Tem que seguir a vida...’. Não. Eles precisam falar sobre o que eles passaram, né. É algo doido, que tá ali dentro... então elas precisam expor isso” (P2).

Ainda segundo Kovács (1998), faz parte da qualidade humana a curiosidade, uma vez que, tratamos de buscar conhecer nossa dor e o sentido que a morte pode dar à vida, isto só é possível se, o sofrimento, a dor e o pesar não são retirados por alguma substância química:

“essa característica ou qualidade humana de questionamentos, de autoconhecimento, de busca de sentido que procuremos abordar, bem como a educação, entendida como desenvolvimento pessoal, aperfeiçoamento e cultivo do ser, e não como padrões de informação, receitas prontas ou doutrinação” (p.486).

Em conformidade com o enunciado, temos outras falas que refletem sobre a importância do sofrimento como forma de organização e possibilidade de criar sentidos com a dor da perda:

“[...] a gente também percebe que... a pessoa precisa de um tempo de adaptação daquela nova situação, né. Nós entendemos que, a pessoa tem que sofrer sim, que a perda não é banal, né, que... que a pessoa precisa se permitir passar pelo luto, né” (E3).

Kovács em seu livro “Morte e desenvolvimento humano” (1992) refere que a morte do outro é experimentada como uma experiência da morte em vida, qual foi ligada pelos vínculos estabelecidos:

“é a morte da qual todos temos recordações, desde a mais tenra infância, nas inevitáveis situações de separação da figura materna temporárias ou definitivas, mas sempre dolorosas. Separação ou morte de figuras parentais, amigos, amores, filhos, todos temos histórias a contar. A perda e a sua elaboração são elementos contínuos no processo de desenvolvimento humano” (p.149).

Deste modo, ressalta-se a importância para a criação de um ambiente de escuta e acolhimento de pessoas em situação de morte, seja ela, física ou emocional, muito antes de um tratamento farmacológico. Entre as categorias discutidas, esta pode ser considerada a mais emblemática, pois não há, entre os profissionais, a possibilidade de embargos que a medicação pode trazer num luto, compreendido como processo. Algo que, poderíamos pensar como sendo os “efeitos-colaterais” da medicação no dia-a-dia do sujeito que, muito além, precise apenas trabalhar, enquanto meio de garantir o sustento, mas com o trabalho interno que o luto demanda.

Considerações finais

Através deste estudo, pudemos compreender e conhecer a utilização de psicofármacos no ato de medicar. Não se tratou de rejeitar a todo modo ou a qualquer custo o uso de tais substâncias, pois, é notório alguns de seus efeitos positivos na vida de algumas pessoas, bem como, na forma de cuidar e tratar tal fenômeno no século XX. O que se buscou foi evidenciar um olhar crítico sobre as consequências de um discurso que busca normatizar, estabilizar e organizar os modos de existência, naturalizando tais sofrimentos e, atribuindo um viés biológico para compreender o seu mal-estar.

Apesar da morte, o morrer e o processo de luto serem comuns a todos indivíduos, foi nos possibilitado compreender a importância da escuta de pessoas em situação de morte, necessitando ser íntima, ímpar e singular para que ela possa recorrer aos seus recursos internos e assim, acomodar melhor o peso da morte.

Houve divergência entre os profissionais em relação ao ato de medicar pessoas em situação de morte e a compreensão do luto como processo de vida. O aspecto divergente entre os profissionais foi a consideração do luto como um processo, qual necessitaria de tempo e outros recursos, enquanto alguns, sugerem a medicação como uma forma de apoio neste período, corroborando com a ideia de um biopoder sobre os sujeitos.

Longe de esgotar o tema e a discussão, objetivamos que tal estudo possa servir como contribuição para futuros diálogos e assim, fomentar a discussão sobre a medicação de pessoas em situação de morte, considerando em seu amplo sentido de perda. Ainda são poucas as pesquisas que consideram a percepção do profissional em relação ao ato de medicar pessoas que passam por situações de morte. Contudo, este estudo incluiu um pequeno grupo de profissionais, limitando assim, os resultados encontrados. Deste modo, sugere-se que os aspectos possam ser explorados e investigados em outros espaços, bem como com grupos maiores, buscando respaldar os achados para fomentar o diálogo, discussão e troca de experiências sobre esse complexo tema.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.

ANDRÉ, Serge. *A impostura perversa*. Jorge Zahar, 1995.

ARIÈS, Philippe. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

CAPONI, Sandra. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CASTIEL, Luis David. Prefácio in: CAPONI, Sandra. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2018.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

_____. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

_____. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2001.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. XIV, pp.245-266). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IGNACIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 88-95, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2018.

KERR, Ligia Regina Franco Sansigolo; KENDAL, Carl. (2013). *A pesquisa qualitativa em saúde*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene, v. 14, n. 6. Editorial, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3708>. Acesso em 07 de dez. 2017.

KOVÁCS, Maria Júlia (Coord.). *Morte e Desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LIPOVETSKY, Gilles; CHARLES, Sébastien. *Os tempos hipermodernos*. 1. ed. São Paulo: Barcarolla, 2004.

MENDONÇA, Antônio Sérgio Lima. A morte enquanto luto da vida. *Revista da Pós-Graduação em Literatura Portuguesa*. Rio de Janeiro: Instituto de Letras da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, n. 12, ano 10, 1o semestre de 2010. Disponível em: <<http://www.omarrare.uerj.br/numero15/pdf/ANTONIO%20SERGIO.pdf>> Acesso em: 19 de set. 2017.

MENDONÇA, Rita Franci. Enfoque psicanalítico sobre o que se costuma rotular como “depressão”, cap. 9, p. 169-175. In: MENDONÇA, Antônio Sérgio Lima. *Lacan com Freud: a cultura e o mal-estar civilizatório*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun.

2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03>. Acesso em: 02 de nov. 2018.

ROUDINESCO, Elisabeth (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

SÖHNLE, Ernesto (2013). *A melancolia, a narrativa melancólica e sua abdução pela mídia sob auspícios do discurso capitalista*. Rizoma, Santa Cruz do Sul, v. 1, n.2, p.22-41, dezembro, 2013.

TAVARES, L. A. T. *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p. ISBN 978-85-7983-113-3.

WHITAKER, Robert. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Abstract

“The ones who stay”: the perception of health professionals on medicating people who experience death situations.

It is seen the growth of using medications to treat, prevent, temporarily allay and even cure the diversity of physical and biological problems considered to be “of the body”. Having it into account, this study had as its objective to analyze and get to know the perception of health professionals who face the need of medicating people who experience death situations. The methodology used for the study was qualitative research with nine Psychology, Nursing and Psychiatry professionals. The participants were selected by the non-probability sampling technique, and the gathering of data was made through semi-structured interviews. Analysis Content Research Method was used for verification, treatment and interpretation of social phenomena. As result and discussion, the following categories were identified: “Medicating symptoms and signs to the subject functionality”, “Medication as suffering relief” and “Grief as a process and not as a pathology”.

Key-words: psychology; medication; death; health professionals.