PERDAS LUTO E DOR

Cláudia Almeida Adams
Vanessa D. Bonzanini
Adair Adams
(Organizadores)

EDITORA
ILUSTRAÇÃO

Cláudia Almeida Adams
Vanessa D. Bonzanini
Adair Adams
(Organizadores)

PERDAS, LUTO E DOR

Editora Ilustração
Cruz Alta – Brasil
2021

Copyright © Editora Ilustração

Editor-Chefe: Fábio César Junges
Imagens da capa: Freepik
Revisão: Os autores

CATALOGAÇÃO NA FONTE

P433 Perdas, luto e dor / organizadores: Cláudia Almeida Adams, Vanessa D. Bonzanini, Adair Adams. - Cruz Alta: Ilustração, 2021.
202 p. ; 21 cm

ISBN 978-65-88362-97-6
DOI 10.46550/978-65-88362-97-6

1. Luto. 2. Morte. 3. Perda. 4. Pandemia (COVID-19). I. Adams, Cláudia Almeida (org.). II. Bonzanini, Vanessa D. (org.). III. Adams, Adair (org.).

CDU: 159.942.52

Responsável pela catalogação: Fernanda Ribeiro Paz - CRB 10/ 1720

2021
Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora Ilustração
Todos os direitos desta edição reservados pela Editora Ilustração

Rua Coronel Martins 194, Bairro São Miguel, Cruz Alta, CEP 98025-057
E-mail: eilustracao@gmail.com

www.editorailustracao.com.br

Conselho Editorial

EDITORA
ILUSTRAÇÃO

Dra. Adriana Maria Andreis	UFFS, Chapecó, SC, Brasil
Dra. Adriana Mattar Maamari	UFSCAR, São Carlos, SP, Brasil
Dra. Berenice Beatriz Rossner Wbatuba	URI, Santo Ângelo, RS, Brasil
Dr. Clemente Herrero Fabregat	UAM, Madri, Espanha
Dr. Daniel Vindas Sánches	UNA, San Jose, Costa Rica
Dra. Denise Tatiane Girardon dos Santos	FEMA, Santa Rosa, RS, Brasil
Dr. Domingos Benedetti Rodrigues	SETREM, Três de Maio, RS, Brasil
Dr. Edemar Rotta	UFFS, Cerro Largo, RS, Brasil
Dr. Edivaldo José Bortoleto	UNOCHAPECÓ, Chapecó, SC, Brasil
Dra. Elizabeth Fontoura Dorneles	UNICRUZ, Cruz Alta, RS, Brasil
Dr. Evaldo Becker	UFS, São Cristóvão, SE, Brasil
Dr. Glaucio Bezerra Brandão	UFRN, Natal, RN, Brasil
Dr. Gonzalo Salerno	UNCA, Catamarca, Argentina
Dr. Héctor V. Castanheda Midence	USAC, Guatemala
Dr. José Pedro Boufleuer	UNIJUÍ, Ijuí, RS, Brasil
Dra. Keiciane C. Drehmer-Marques	UFSM, Santa Maria, RS, Brasil
Dr. Luiz Augusto Passos	UFMT, Cuiabá, MT, Brasil
Dra. Maria Cristina Leandro Ferreira	UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil
Dra. Neusa Maria John Scheid	URI, Santo Ângelo, RS, Brasil
Dra. Odete Maria de Oliveira	UNOCHAPECÓ, Chapecó, SC, Brasil
Dra. Rosângela Angelin	URI, Santo Ângelo, RS, Brasil
Dr. Roque Ismael da Costa Güllich	UFFS, Cerro Largo, RS, Brasil
Dra. Salete Oro Boff	IMED, Passo Fundo, RS, Brasil
Dr. Tiago Anderson Brutti	UNICRUZ, Cruz Alta, RS, Brasil
Dr. Vantoir Roberto Brancher	IFFAR, Santa Maria, RS, Brasil

Este livro foi avaliado e aprovado por pareceristas *ad hoc.*

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....11
Maria Julia Kovács

Capítulo 1 - PROJETO ACOLHER INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 15
Gisela Gianecchini Ferrari
Ingrid Esslinger
Katia Trevisan
Mallú Amaral
Maria Irene Hermenegildo

Capítulo 2 - AJUSTAMENTOS POSSÍVEIS DE PACIENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FRENTE ÀS SITUAÇÕES DE TENTATIVA DE SUICÍDIO DE PACIENTES INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA HOSPITALAR 37
Vanessa D. Bonzanini
Priscila Schneider

Capítulo 3 - O QUE TRANSBORDA QUANDO A PALAVRA (FAZ) FALTA? 63
João Francisco Greff do Amaral
Laís Caroline Schröpfe

Capítulo 4 - É POSSÍVEL DESCOMPLICAR A MORTE NA PEDIATRIA?.....71
Loredana Amaral Marzocchella
Luísa Todeschini Pereira Oliveira
Marcela Cardoso Nemitz
Maria Fernanda Moura da Cunha

Capítulo 5 - MORTE SOCIAL NO ENVELHECIMENTO E SEU IMPACTO NO CUIDADO DE SAÚDE DE IDOSOS.....87
Gabriela de Lima Bastos
Ana Carolina Duarte Coelho
Priscila Schneider

Capítulo 6 - CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA EM SITUAÇÕES DE ÓBITOS FETAIS E LUTO FAMILIAR....111
Anne Caroline da Silva

Capítulo 7 - AS (NÃO) FASES DO LUTO E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO 127
Kenny Secchi
Daniel Alcene Leite

Capítulo 8 - SUICÍDIO: DO LUTO NÃO FRANQUEADO AO LUTO CUIDADO.....147
Ingrid Esslinger

Capítulo 9 - UM BEBÊ, UMA FAMÍLIA E MUITOS SENTIDOS JUNTO À DEFICIÊNCIA E AO PROCESSO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO 161
Priscila Schneider

Capítulo 10 - LUTO: A ESPIRITUALIDADE COMO CONFORTO 177
Daniela Pupo Barbosa Bianchi
Patricia Barrachina Camps

Capítulo 11 - LUTO: A DOR FALADA E A DOR SENTIDA.....189
Maria Célia Bini

SOBRE OS AUTORES.....197

PREFÁCIO

O processo de luto é a elaboração de mortes de pessoas queridas e perdas de situações significativas da vida. A definição é simples, mas a complexidade do processo nos desafia, os que vivemos o luto ou estamos na função de cuidar dos enlutados. Por essa razão nunca esgotaremos as reflexões, cada nova obra acrescenta mais um tijolo a essa construção.

A pandemia da Covid19 trouxe muitos questionamentos, incluindo-se o luto coletivo, o sofrimento vivido a partir da dor da perda de tantas pessoas e de formas, por vezes, cruéis. Mesmo não tendo perdido pessoas próximas, o que diante de mais de 600.000 mortes no Brasil é pouco provável, ver o pesar de tantas pessoas diante de situações como falta de vagas em hospitais, de oxigênio, de responsabilidade dos poderes públicos, faz crescer o desalento e a desesperança, em pessoas que são movidas por solidariedade e compaixão.

A pandemia trouxe a abrupta interrupção de nossa vida cotidiana, dos planos, projetos, empregos, encontros, viagens. Provocou o impedimento do ir e vir, do trabalho presencial, com confinamento, as diversas quarentenas, o fatídico "fique em casa" que tanto nos torturou. Todas essas situações envolveram perdas significativas e vários lutos superpostos. Se o "fique em casa" foi muito difícil, foi mais ainda para aqueles que tem moradias precárias com muitas pessoas, e que se todos ficassem em casa dia e noite, haveria aglomeração doméstica. Muitos perderam sua casa, porque não conseguiram pagar o aluguel pelas perdas financeiras, que mesmo não envolvendo mortes, levaram à experiência de luto causando dor e pesar intensos, em muitos casos, sem acolhida.

As diversas perdas vividas provocam crises de alta intensidade na vida das pessoas. Nessas situações é essencial a presença dos familiares e amigos, que oferecem o que é considerado como base segura nos momentos em que o mundo parece ter desabado. Por conta do isolamento ou distanciamento social requerido como forma de prevenção e cuidados em relação à pandemia, muitos enlutados

tiveram que viver o luto sozinhos, o que dificulta o processo. Os rituais funerários com a presença das pessoas queridas, a base segura, como afirmamos acima, oferecendo acolhimento, conforto e de pertencimento; também foram impedidos para garantir a proteção do contágio. Esses impedimentos trouxeram a vivência de um luto sem despedidas, sem trocar as últimas palavras, os combinados, os legados, sem ver o corpo pela última vez, sem oferecer o que se considera importante em relação às pessoas queridas falecidas. Todas essas interferências provocaram sofrimentos adicionais às pessoas já tão sofridas por tudo que foram perdendo durante esse tempo longo de pandemia.

Em março de 2020 o Conselho Federal de Psicologia abriu o atendimento online e assim os psicólogos puderam oferecer acolhimento, cuidados, suporte e atender um grande número de pessoas, que pelo distanciamento social, não puderam ter os cuidados presenciais. Veremos nessa obra exemplos desse trabalho tão essencial nessa crise de dimensões enormes. Há capítulos que abordam o atendimento online gratuito ou a preço social, oferecendo cuidados a muitas pessoas em várias partes do país, com diversas abordagens teóricas, acolhendo o sofrimento nessa longa crise sanitária. O atendimento online foi implantado e pode permanecer como possibilidade quando o atendimento presencial não for possível.

Há lutos de diversas ordens por perda de pessoas ou de situações que compõem o nosso cotidiano, ampliando-se a compreensão desse fenômeno. O tema do suicídio é abordado na obra, por ser no espectro de sofrimentos, um dos mais intensos. Dor não pode ser mensurada, mas o luto por suicídio vem acompanhado por culpa intensa, por profundos questionamentos, que nem sempre encontram a explicação ansiada. Agregando mais atributos, é considerado um luto não autorizado, porque o enlutado pode ser acusado de negligência, de falta de cuidados ou de ser o agente provocador do suicídio.

Profissionais expressam seu ponto de vista, compartilham suas experiências, tudo o que aprenderam com a crise, desde março de 2020, já que a pandemia colocou em xeque o seu repertório.

Profissionais experientes que atendiam há vários anos com uma prática estruturada, enfrentaram situações novas que os desafiaram, e assim desenvolveram novas formas de cuidado, principalmente no formato online. Morte e luto são temas tabus, mas cada nova obra sobre esses temas ajuda a trazer conhecimentos para estudantes e profissionais, permitindo a comunicação, diminuindo assim o tabu.

A morte faz parte da vida desde a infância, como por exemplo, a comunicação e cuidados a crianças enfermas. Como responder às suas perguntas muitas delas sem respostas? O importante é que sejam ouvidas com atenção, mesmo sem respostas, buscando-se perceber o que a criança quer saber. O hospital, local onde ocorrem a maior parte das mortes atualmente, é também a instituição em que se procura ocultá-las. É frequente se ouvir que crianças devem ser poupadas de sofrimento e por isso é melhor não falar com elas sobre o acontecido, como se elas não percebessem a ansiedade presente no seu entorno diante da morte de um ente querido.

Na outra ponta, idosos vivem várias situações de perda: sensoriais, motoras, e de atividades sociais, de trabalho, de lazer e financeiras. Muitos recebem uma aposentadoria vergonhosa em nosso país. É na velhice que ocorre a maior parte das doenças crônicas, provocando sofrimento e indignidade. Esse período da vida é estigmatizado como antecâmara da morte, como uma etapa da vida em que não vale investir em novos projetos porque não se sabe quanto tempo de vida ainda resta. No início da pandemia idosos foram confinados em casa. O "fique em casa" tornou-se um mantra repetido à exaustão. Foram tempos de solidão, de confinamento, e em alguns casos de cruel abandono. Salvaram-se do vírus, mas ficaram mais vulneráveis à solidão e à depressão.

A velhice é fase da vida mais longa, se pensamos que vai dos 60 até os 100 anos na atualidade. É um espectro de idade muito grande com necessidades tão diversas. Nesse caso fica difícil falar de um idoso padrão, o que se observa é uma amplitude de experiências, de vidas com manifestações diferentes e necessidades específicas. As políticas públicas para o idoso precisam abranger algumas das demandas mais frequentes, que necessitam de maior

atenção, mas as individualidade e singularidades não podem ser esquecidas. Evoluímos na questão dos estigmas, mas temos muito ainda para avançar, a fim de transformar o idoso em agente de sua vida e porta voz da sua experiência.

Esse livro trata de temas ainda tabu, como por exemplo, a perda gestacional e fetal, que configuram situações de luto não reconhecido, provocando sofrimento adicional. Precisam ser validados e reconhecidos e assim cuidados de forma adequada.

Suicídios, assim mesmo no plural, pois não há um suicídio típico, podem acontecer de forma impulsiva em momentos de desespero, mas também podem ser planejados durante anos. Uma só tentativa pode levar à morte, mesmo que a intenção seja a de acabar com o sofrimento vivido. Outras pessoas efetuam tentativas recorrentes até morrerem. Seja como for, suicídios provocam tristeza, desamparo, culpa, raiva, tantos sentimentos intensos em pessoas que perdem entes queridos dessa forma. Cuidar de enlutados por suicídio é uma tarefa prioritária, a posvenção, termo ainda pouco conhecido em nosso meio, deve ser mais desenvolvida nas políticas públicas e na consciência da população. A posvenção se transforma na prevenção de novos suicídios, uma vez que, para alguns enlutados a dor é tão intensa que eles sentem que não vale mais à pena viver. Escrever sobre esse tema é sempre importante trazendo novas reflexões.

Esse livro traz reflexões importantes sobre os temas: dor, morte e luto. Trata-se de um conjunto de escritos que conduzem ao desenvolvimento da tanatologia em nosso meio, com contribuições teóricas, propostas de práticas de cuidados afinadas com a nossa realidade. Parabéns aos escritores e organizadores da obra.

Maria Julia Kovács
Professora Livre Docente do Instituto de Psicologia da USP

Capítulo 1

PROJETO ACOLHER INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Gisela Gianecchini Ferrari
Ingrid Esslinger
Katia Trevisan
Mallú Amaral
Maria Irene Hermenegildo

1 Para aquecer a alma

> E vendo a mulher que aquela árvore era boa para se comer, e agradável aos olhos, e desejável para dar entendimento, tomou de seu fruto e comeu, e deu também a seu marido e ele comeu com ela. Então foram abertos os olhos de ambos... E ouviram a voz do Senhor: Onde estás? E se esconderam, e Adão respondeu: Ouvi Sua voz, Senhor, mas nos escondemos, pois estávamos nus. Quem te mostrou que estavas nu?. (Gn 3, 6-11)

Segundo Jung (1937), o processo evolutivo psíquico humano se dá do nascimento à morte, trata-se de um processo emocional ligado às nossas realizações individuais no decorrer da vida. Ele afirma que todos nós viemos a este mundo para realizar algo, e a tarefa do homem é buscar dentro de si sua verdadeira essência como pessoa, descobrindo-se, identificando-se através dos símbolos ocultos em sua própria psique.

Esse processo, que ele chamou de individuação, vai ocorrendo ao longo da vida, e em cada etapa pode surgir um sentimento de desajuste, inadequação, como se não soubéssemos exatamente o que desejamos.

A verdade é que, a cada realização, de acordo com aquilo que idealizou, o ser humano vai descobrindo sua essência, um pouco do muito que a ele se revelará pela vida afora. Esse é o nosso tesouro, o nosso ouro, e nossa missão é fazer este ouro vir à tona de forma natural.

Há um paralelo teórico para esse processo junto à Alquimia. Os alquimistas buscavam o remédio milagroso que os levasse à vida eterna, mas sua própria busca os conduzia, de maneira não intencional, para dentro de si mesmos, questionando assim sua própria existência, sua missão.

Durante toda a existência humana na Terra, essas foram as perguntas mais frequentemente feitas e nunca respondidas.

A que viemos?

Para onde vamos?

No caso da primeira, vamos nos descobrindo passo a passo e galgando um degrau de cada vez da nossa missão, senão na sua totalidade, e então conteúdos afloram, se tornam conscientes e com eles ocorrem a transmutação de personalidade, de atitudes e até de projetos.

Já para a segunda pergunta, independentemente de crença ou evolução espiritual, o homem pode ter a convicção pessoal, mas a sua crença não é resposta.

Segundo Platão (GHIRALDELLI, 1996), a epistemologia se opõe à crença. Isto porque, segundo ele, ela é um estudo justificado, já a crença é apenas uma opinião individual.

O advento da pandemia trouxe um impacto brutal sobre o psiquismo individual e coletivo em todo o planeta, não isentando raça, credo, formação cultural ou posição social. Seja de uma forma ou de outra, todas as pessoas foram empurradas para o mesmo patamar, para a mesma questão, para a mesma vulnerabilidade. Todas elas viram-se, em algum momento, temendo sua própria morte ou a de alguém de seu grupo afetivo: familiares, colegas e amigos.

Precisamos compreender aqui que a Natureza antecipou esse processo de autoquestionamento, e o que levaria anos para

alguns levou menos tempo para outros. Todos se depararam com a mesma questão, e completamente despreparados.

O pecado de Adão não foi sexual, foi comer do fruto que o faria entrar em contato com sua consciência de fragilidade, de sua nudez psíquica, o que acaba ocorrendo, e uma vez aflorada essa consciência, nunca mais será encoberta.

No processo terapêutico ocorre o mesmo, os conteúdos inconscientes, uma vez despertos, jamais voltarão à escuridão, e o ouro brilhará. Retomando o paralelo com a Alquimia, no processo alquímico o metal não retorna à sua forma primitiva, por conta da transmutação ocorrida nele pela incidência do fogo.

A pandemia veio como algo que se imaginava transitório. Estudando a história das pandemias, sabemos que essa também vai acabar, só não somos capazes ainda de prever quando, como e por onde, mas a mudança ocorrida no homem não permitirá a ele voltar a ser como antes.

O Projeto Acolher nasceu da consciência antecipatória de Mallú Amaral, que convidou mais cinco amigas a participar, e a identificação entre todas com o Projeto não foi casual. Veio da sincronicidade, da percepção da coincidência significante, que funciona para mover um ser humano na direção de um crescimento maior de sua consciência.

> Para meu próprio uso cunhei um termo que ilustra essa existência simultânea; penso que existe um princípio particular de Sincronicidade ativa no mundo, fazendo com que fatos de certa maneira aconteçam juntos como se fossem um só, apesar de não captarmos essa integração. (JUNG, 1972, p. 55).

Fomos conectadas por este acontecimento em nossa própria jornada de individuação. Estávamos todas paralelamente no mesmo momento, e o que veio a partir daí foi a mais bela história que se pode escrever, se assim podemos dizer, em meio à tragédia, luto e dor.

A cada atendimento que fazíamos individualmente, nos reuníamos semanalmente e nos acolhíamos. Os encontros, as trocas, as intervenções, as angústias e lutos pessoais eram compartilhados.

A constatação mais frequente foi a de que cada indivíduo, mesmo com histórias distintas, vive seu próprio processo de consciência e está sendo levado a pensar. O movimento alquímico está ocorrendo a cada um por meio de seu enfrentamento individual, e a descoberta pessoal está se dando de acordo com a sua necessidade psíquica evolutiva. Todos estão, de uma maneira ou de outra, frente a frente com sua própria consciência de finitude.

2 Considerações introdutórias

No livro *Quem sobreviverá?*, Moreno (1994), ao expressar sua utopia, é provocativo e afirma que um procedimento verdadeiramente terapêutico deve ter por objetivo toda a espécie humana. Essa afirmação traz o entendimento de que ações efetivas precisam considerar o contexto como um todo, assim como as subjetividades das pessoas envolvidas.

A pandemia da Covid-19, desencadeada em dezembro de 2019 na China e ainda ativa, impactou devastadoramente a vida das pessoas de forma globalizada, fazendo pensar nessa proposta moreniana de intervenção psicossocial. O luto vivenciado no mundo adquiriu proporções nunca imaginadas. Na tentativa de combater a disseminação do vírus, rotinas e comportamentos foram modificados, surgiu a necessidade do distanciamento social, do isolamento, do uso imperativo de máscaras faciais. O impacto econômico ainda não pode ser mensurado, porém seus efeitos são visíveis: perda de emprego, empresas fechando, custo de vida aumentando, poder aquisitivo comprometido, tudo isso trazendo como consequência um abalo na saúde mental dos afetados.

O que seria, no caso da pandemia da Covid-19, um procedimento verdadeiramente terapêutico? Que espécie de ação poderia contribuir para se obter um mínimo de saúde mental no enfrentamento dos prejuízos trazidos por esse desastre? Como lidar com situações para as quais não havia protocolo, embasamento ou qualquer diretriz? Como sair da imobilidade e desafiar a intensa sensação de impotência compartilhada diante de tal fenômeno? Como contribuir, por meio do fazer terapêutico, com pessoas que

estivessem precisando de suporte para lidar com perdas e lutos para além do espaço da clínica?

Inicialmente, a intenção da idealizadora do projeto era reunir um pequeno número de profissionais da área da psicologia para estudar em conjunto uma modalidade de intervenção que pudesse dar conta da especificidade desses atendimentos. O passo seguinte seria disponibilizar atendimentos voluntários na modalidade on-line, já que este estava sendo o recurso disponível na ocasião.

O objetivo principal deste artigo, portanto, é apresentar o Acolhimento - método psicossocial de intervenção frente às situações de desastre - criado a partir das inquietações compartilhadas pelas coordenadoras do projeto.

Foram acolhidas 705 pessoas em todo Brasil e também brasileiros residentes em outros países, dados referentes até julho de 2021.

As bases teóricas do acolhimento foram a psicologia em desastres e a teoria dual do luto, modalidade de intervenção grupal socioeducativa de tempo limitado, cujos aspectos relevantes para o projeto estão descritos a seguir.

3 Psicologia em desastres - atuação em situações de crise

A pandemia da Covid-19 pode ser entendida como um desastre, uma vez que causou uma enorme ruptura no funcionamento das comunidades e sociedades. Uma ruptura que causou inúmeras perdas e que desafiou cada contexto afetado a achar novos recursos, uma vez que os existentes não foram suficientes.

O foco da ação da Psicologia neste contexto é "resolver situações de grande pressão, em um período reduzido e com uso da intervenção direta e focalizada, por meio de estratégias que a psicologia possui, desenvolvendo novas estratégias adaptativas" (FRANCO - 2005/2012). Para tanto, é prioritário fazer um levantamento o mais fidedigno possível da comunidade que está sendo assistida, porque, numa situação crítica do ponto de vista psicológico, os mecanismos de superação não são mais suficientes,

necessitando um protocolo de intervenção: o que falar, como falar, como se posicionar eticamente.

Serão especialmente consideradas as necessidades psicossociais dos afetados, a utilização de recursos pré-existentes e também os recursos disponíveis no momento do evento, podendo atuar de forma preventiva até o pós-trauma.

O campo da psicologia em desastres é recente, e concentra-se na saúde mental e nas necessidades psicossociais das pessoas afetadas. Há bastante clareza quanto aos objetivos desse tipo de intervenção: estabilização (acolhimento, escuta, identificar a situação), mobilização de recursos (internos e externos) e restauração (quais significados estão sendo dados para tudo isso que está sendo experienciado). O enquadramento das intervenções vai solicitar flexibilidade quanto ao rapport, local, tempo de intervenção e contrato, diferenciando-se dos atendimentos realizados em contexto clínico.

4 Luto como um processo dual

Stroebe e Schut (1999) desenvolveram o Modelo de Processo Dual do Luto. Para esses autores, a vivência de um luto se dá como um processo dual: o enfrentamento orientado para a perda e aquele orientado para a restauração. Não é possível observar ao mesmo tempo as dimensões de perda e recuperação. As pessoas oscilam entre ambas, confrontando uma e evitando outra, com idas e vindas, sendo que tal oscilação tem função regulatória adaptativa, oferecendo a possibilidade de construção de significado para a perda e para o indivíduo (FRANCO, 2021).

> Neste processo, a oscilação natural permite que o vínculo rompido seja visitado e ressignificado ao longo da vida do indivíduo. Desde que a perda não seja negada, não existe a expectativa de término do vínculo, o que dá lugar para a mudança na natureza da relação, a construção de significado para a perda e até mesmo mudanças na identidade do enlutado. Por este caminho é possível dar o protagonismo do processo ao próprio enlutado, a fim de que não fique preso à expectativa de trilhar o percurso de fases como esperadas e perceba, por meio

> de seus recursos de enfrentamento, os significados que tinha antes da perda e como eles se reconstroem ou transformam ao longo do processo. (FRANCO, 2021, p. 61)

5 Luto pelo mundo presumido

A pandemia da Covid-19 trouxe também consigo, além de todos os impactos que conhecemos, a percepção de nossa fragilidade e a perda da ilusão sobre o controle do futuro.

É um luto com grande chance de se tornar dificultoso devido à ruptura da família e dos sistemas sociais que nos servem de apoio. Inclui tudo que sabemos ou pensamos saber: interpretação do passado, expectativas do futuro, planos e preconceitos. Ocorre uma dissonância entre a concepção de mundo que possuímos e os fatos presentes. A situação traumática gera uma nova realidade que vai além do que acreditamos ser possível de acontecer em nosso mundo. Existe a possibilidade de desenvolvimento de TEPT:

> O transtorno do estresse pós-traumático é um distúrbio da ansiedade caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas físicos, psíquicos e emocionais em decorrência de o portador ter sido vítima ou testemunha de atos violentos ou de situações traumáticas que, em geral, representaram ameaça à sua vida ou à vida de terceiros. Quando se recorda do fato, ele revive o episódio, como se estivesse ocorrendo naquele momento e com a mesma sensação de dor e sofrimento que o agente estressor provocou. Essa recordação, conhecida como revivescência, desencadeia alterações neurofisiológicas e mentais. (VARELLA, 2011).

As intervenções devem ser pautadas pela busca de sentido e reorganização da identidade, restabelecendo a segurança e confiança em si e no mundo, e ainda focadas em estabilização, mobilização de recursos e restauração.

6 Modalidade de intervenção grupal socioeducativa de tempo limitado

Essa metodologia de trabalho grupal tem um final definido

e sessões previamente planejadas, tomando como referencial as características da população atendida e do contrato estabelecido. A limitação do tempo tende a trazer maior intensidade ao trabalho e estimula a aplicação mais rápida na vida. (MacKenzie, 1990 - apud Fleury 2008).

Segundo Fleury (2008), as intervenções de tempo limitado têm demonstrado uma crescente tendência de aplicação nos mais variados contextos, podendo ter funções terapêuticas, psicoeducativas, de desenvolvimento pessoal ou grupal, atendendo aos novos paradigmas de saúde, ou seja, melhores condições de vida, utilizando todos os recursos materiais, culturais, sociais e psicológicos disponíveis.

Fleury (2008) aponta ainda que incutir e manter a esperança favorecem o enfrentamento das dificuldades próprias de uma experiência desconhecida. Destaca também as características de universalidade, ou seja, o reconhecimento de preocupações semelhantes como contributivo para a identificação com o outro e o envolvimento mais rápido. Defende que a coesão grupal, que se caracteriza pelo polo de interesse e envolvimento dos participantes, em oposição ao afastamento e ensimesmamento, favorece sentimentos de afeto, conforto, sensação de pertencimento, gerando assim envolvimento, investimento, exposição e, consequentemente, maior adesão e melhores resultados.

7 Acolher psicossocial

7.1 Passo a passo do Projeto

Antes da pandemia, o atendimento online e o uso de tecnologias de informação e comunicação eram apenas uma opção e, para muitos, uma prática distante. A partir desse evento, porém, e para poder dar sequência aos serviços psicológicos, respeitando as limitações impostas pelo isolamento social, o psicólogo foi desafiado a dar conta dessa nova realidade e precisou reinventar-se. Para isso, foi incorporado um fazer com novos paradigmas, para

alguns nunca antes experimentados, como o atendimento online e o trabalho remoto.

A intenção do projeto era criar uma ponte entre a pessoa necessitada e o profissional disponível para acolher aquele sofrimento emocional, por meio de atendimento por videoconferência. Para viabilizar o processo, era necessário existir um "lugar", um espaço virtual que "abrigasse" o projeto. Observando outras práticas que já estavam acontecendo, foi criada uma página no Instagram para divulgar esse atendimento psicossocioeducativo às pessoas afetadas emocionalmente pela pandemia.

Divulgou-se, então, um folder nas mídias sociais contando sobre o início do projeto, sobre as coordenadoras e com o link do Instagram para os interessados em se inscreverem.

Durante o ano de 2020, a inscrição para o atendimento psicossocial foi feita através de mensagem no Instagram[1]. Na Bio na página do projeto, existe um breve relato sobre a proposta de acolhimento em até seis encontros e o pedido para as pessoas interessadas deixarem mensagem no direct[2], uma via direta para o acolhido apresentar sua queixa e deixar seu contato no WhatsApp, facilitando a comunicação subsequente.

No feed[3] existe um filme com breve relato sobre a proposta do projeto, que era encaminhado individualmente a cada interessado para que ele avaliasse se sua queixa fazia parte do que estava sendo oferecido. Há ainda um vídeo sobre luto, uma apresentação de cada participante do projeto e algumas poucas publicações para motivar o interesse em desejar o atendimento.

O responsável por receber as inscrições no Instagram tem como objetivo responder o contato rapidamente, pois considera-se que há urgência da pessoa com sofrimento emocional em busca de ajuda. Automaticamente, este acolhido ingressa em uma fila de

1 Página inicial na qual o Projeto Acolher oferece o serviço de atendimento.

2 Local onde a mensagem escrita pela pessoa interessada fica armazenada de forma segura e apenas o responsável pela página do Instagram do Projeto Acolher pode ler e retornar o contato.

3 Local da página do Instagram onde ficam as imagens com as quais o Projeto passa as informações.

espera e aguarda o profissional entrar em contato pelo WhatsApp. Existe uma lista de profissionais disponíveis no Drive[4]. Tais profissionais são acionados e recebem as informações do acolhido para que se inicie o atendimento o mais rápido possível.

No primeiro atendimento, o acolhedor precisa estar atento em identificar se a demanda do acolhido está relacionada ao Covid-19, tendo como pano de fundo a questão: "O que a pandemia lhe trouxe de impacto?". Embora seja importante investigar padrões anteriores de funcionamento da pessoa, para nortear um prognóstico mais ou menos favorável, além de observar a estrutura familiar, defesas e redes de suporte social, o foco é na questão: "O que a pandemia mudou na sua vida?".

Neste primeiro contato, o acolhedor deve encaminhar pelo WhatsApp a "Ficha de Identificação" do acolhido, a ser respondida on-line por meio de um questionário no Google Forms[5] e, quando necessário, atendê-lo se houver alguma dificuldade.

Os seis atendimentos psicossociais visam três momentos: a estabilização, em que se ouve e se acolhe a queixa atual; o resgate dos recursos internos e externos e a restauração das condições de adaptação emocional, para lidar com o momento atual. A função do psicólogo é também prover informações fidedignas (considerando que existe um excesso e toxicidade das notícias), incentivar a busca por ajuda de órgãos públicos, resgatar a procura por uma rede de suporte familiar e social, orientar sobre a importância da prática de exercícios e explicar quais sentimentos e reações são esperados neste contexto. Ou seja, despatologizar as reações e sintomas, pois na pandemia cabem os mais variados sentimentos.

O profissional precisa atualizar o relatório de atendimento do acolhido no Drive[6] do projeto, deixando o registro de como ocorreu o processo. Ao finalizar o acolhimento, precisa avisar a pessoa responsável pelos encaminhamentos que está apto para iniciar um novo processo.

4 Local na nuvem onde são armazenados todos os dados do projeto Acolher.

5 Questionários que ficam armazenados automaticamente na nuvem, no sistema de rede do Projeto.

6 Local na nuvem onde são armazenados todos os dados do projeto Acolher.

Cada colaborador faz parte de um grupo de **intervisão**[7], no qual precisa compartilhar seus atendimentos, tirar suas dúvidas e receber o apoio necessário para conseguir um olhar focado e o melhor resultado possível nos acolhimentos.

Em 2021, foi verificada a importância de se implementar uma triagem para selecionar os acolhidos conforme o sofrimento emocional e não pela ordem de inscrição. Considerou-se a ordem de prioridade: estar com Covid, luto pela morte de parentes e amigos, ser profissional da saúde, crise de pânico, luto pelo mundo presumido e sintomas variados. A inscrição passou a ser realizada por meio de um link na Bio do Instagram, com o preenchimento do questionário do Google Forms[8] de Triagem do Projeto Acolher. A responsável por receber os inscritos seleciona o acolhido de acordo com a queixa e a ordem de prioridade de atendimento, e o encaminha ao profissional disponível para iniciar o acolhimento.

7.2 A expansão do Acolher

Nós nos sentíamos trocando o pneu com o carro andando...

7.3 Intervisões

O projeto Acolher percebeu desde o início que necessitaria de um maior número de profissionais para atender a demanda, pois logo na primeira semana de divulgação teve o número surpreendente

7 Grupo de profissionais com múltiplas formações psicológicas que se unem semanalmente para trocar experiências sobre os atendimentos realizados no Projeto Acolher.

8 Questionários que ficam armazenados automaticamente na nuvem no sistema de rede do Projeto.

de quinze inscritos.

Começamos com seis psicólogas, disponibilizando algumas horas para atendimento filantrópico e, ao final do primeiro mês, o grupo contava com uma rede de 51 colaboradores e uma voluntária responsável pela triagem e distribuição dos acolhidos. Os profissionais, todos com as mais variadas linhas de atendimento e formação, foram selecionados considerando-se alguns pré-requisitos: ser indicação de um dos participantes do projeto, ter experiência clínica e ter disponibilidade para realizar atendimento on-line. Depois de uma entrevista com uma das coordenadoras, eles preencheram o Cadastro de Psicólogos que se encontra armazenado no Drive. No cadastro, responderam questões referentes a especificações pessoais, informações sobre sua formação profissional, se realizava psicoterapia e supervisão. Era indispensável a apresentação do registro E-Psi no Conselho Federal de Psicologia, para assim estar apto a exercer o atendimento on-line.

Concluída esta etapa, reunimos os colaboradores para uma apresentação de duas horas de duração, durante a qual falamos da proposta do Projeto Acolher e o treinamento dos atendimentos com abordagem psicossocial, realizados em até seis encontros. Os colaboradores enfrentaram um grande desafio na adaptação a esse atendimento, com foco nas consequências emocionais profundas geradas pela pandemia do Covid-19.

As questões mais comuns foram: Como trabalhar em tão pouco tempo a estabilização, a mobilização de recursos e a restauração? Como saber qual queixa focar no atendimento? Quais intervenções devemos propor? Como fazer o desligamento sem desestabilizar a pessoa acolhida, depois de desenvolvermos a confiança e a empatia? Como lidar com as ansiedades pessoais diante da dor e do medo, já que nós, como profissionais, estamos passando pelas mesmas experiências que os acolhidos?

As coordenadoras, preocupadas em amparar essas demandas geradoras de ansiedade e, ao mesmo tempo, incrementar a confiança dos acolhedores na proposta de atendimento do projeto, criaram o espaço das intervisões. São encontros semanais de uma hora de duração com um grupo de até oito participantes, dirigidos

por uma ou duas coordenadoras, cujo objetivo é compartilhar as experiências dos atendimentos mais difíceis e encontrar juntos os melhores recursos para apoiar e orientar os profissionais.

O fato de o grupo ser constituído por colegas de diversas abordagens psicológicas torna esses encontros muito ricos, projetando olhares distintos que facilitam a construção de uma práxis.

As intervisões provocaram reflexões profundas em cada participante, tanto em relação às questões voltadas aos atendimentos dos acolhidos, quanto no desenvolvimento emocional, pessoal e profissional de cada acolhedor. No final de 2020, depois de oito meses de atividade no projeto, os colaboradores reconheceram a importância de permanecerem disponíveis com o atendimento filantrópico, mesmo cansados e desgastados pelo alto número de mortes causadas pela Covid, além da incerteza do final da pandemia e do início da vacinação no país.

E assim, enquanto vários grupos similares ao nosso já encerravam suas atividades, decidimos tirar um mês de férias e retomar as atividades em 2021.

O retorno se deu em janeiro e, com o agravamento do quadro pandêmico, contrariando as expectativas do final de 2020, houve um aumento da procura de atendimentos. Alguns colaboradores pediram afastamento, mas recrutamos novos e estendemos o projeto até o final de 2021. As intervisões se mostraram ainda mais necessárias e eficazes no acolhimento dos novos colaboradores, pois nos grupos, além de discutirmos os atendimentos, oferecemos um espaço para autocuidado.

7.4 Rodas de conversa

As "rodas de conversa" são encontros de duas horas de duração, que o Projeto oferece a todos os colaboradores, com o objetivo de trazer a atualização de temas e vivências apresentadas como demanda nas intervisões, promovendo a reverberação emocional, o conhecimento técnico e a troca entre a rede

filantrópica.

Dirigidas pelas próprias coordenadoras, algumas vezes tivemos a participação de convidados externos e outras, contamos com a colaboração dos próprios acolhedores:

> 23/05/20 - Conversando sobre suicídio em tempos de pandemia. Com a Prof. Dra. Ingrid Esslinger.
>
> 20/06/20 - Acolher, vínculos que transformam. Uma experiência de co-construção. Com coordenadoras do projeto Acolher
>
> 18/07/20 - O luto do profissional de saúde. Quem cuida de quem cuida? Com a Prof. Dra. Maria Júlia Kovács, livre docente do IPUSP e com o professor Luiz Contro, escritor e psicólogo.
>
> 22/08/20 - Des - Re - Construção do edifício social no acolhimento. Com os colaboradores do projeto Acolher, Dr Anderson Abreu e a psicóloga clínica Ma. Vera Weissheimer.
>
> 03/10/20 - Quarta Onda, quem permanecerá? Recalculando a rota! Encontro de coordenadoras e colaboradores para atualizações do Projeto Acolher.
>
> 19/12/20 - Encerramento das atividades de 2020. Será um momento de celebração desse cuidado, construído por todos nós.
>
> 06/02/21 - Reencontro: recursos para exercitar o cuidado e o autocuidado. Com as coordenadoras do projeto.
>
> 02/04/21 - "Aniversário do Acolher"- Em que momento estamos da pandemia? Novos passos: grupos de acolhimento para profissionais de saúde e enlutados. Humanização do acompanhamento dos acometidos pelo Covid-19. Recursos para auxiliar os acolhidos nessa travessia. Com a Dra. Patricia Mergulhão, Acupunturista e Nutróloga.
>
> 11/06/21 - Integração dos colaboradores novos e antigos. "Pandemia, perdas, luto - Ressignificar". Com a Prof. Dra. Ingrid Esslinger, Dra. em psicologia (USP), Membro do Comitê de Bioética do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP).

acolher_psicossocial Faço parte do Projeto Acolher. 💚Essa linda rede filantrópica com seus dutos afetivos. O acolhido protagoniza o drama coletivo. O acolhedor acolhe terapeuticamente com foco psicossocial . Atravessado por fatores sociais, afetivos, econômicos, existenciais e cósmicos, o acolhido traz a angústia do drama que vive. Acolher significa receber em casa, situação que o atendimento virtual permite. O acolhido nos recebe em sua casa, nós o recebemos na nossa, as vezes para um atendimento, as vezes para até seis. Um percurso breve mas potente. Fica potencializada a escuta, o mapeamento da situação, bem como a possibilidade de estabilização, mobilização de recursos e restauração. Moreno dizia que um processo realmente terapêutico não pode ter como meta nada menos que toda a humanidade (Moreno, 1992). Sem essa pretensão, acredito que o que fazemos está gerando ressonâncias, se espalhando, como um tecido bom, saudável que produz anticorpos para o vírus do medo, da solidão, do desamparo e da indiferença.

7.5 Cuidando de quem cuida

Somos talhados para cuidar. Nos cursos de formação de psicólogos, não se prioriza tais cuidados, nem em termos de domínio cognitivo nem subjetivo. É preciso que se reconheça que, ao lidar com a dor do outro, somos tocados por ela num processo de identificação, e devemos buscar dar voz àquilo que nos toca, para não atuarmos nessa sintonia.

O luto dos profissionais de saúde, em geral, é considerado um luto não franqueado, ou seja, um luto para o qual não é dada a possibilidade de expressão. Foi por isso também que criamos as "rodas de conversa", um espaço em que pudéssemos dar voz às nossas angústias, alinhar nossas ideias, trocar impressões sobre tudo que houvesse chegado até nós durante a semana. E, ao longo dessas conversas, fomos nos dando conta, pouco a pouco, do aumento na procura pelo Acolher. Eram mãos ávidas, estendidas em busca de apoio emocional, e constatamos ao mesmo tempo os resultados positivos desse acolhimento. Essa melhoria continua acontecendo pela energia que emana do encontro entre quem busca e quem acolhe, comprovando na prática o Encontro de Moreno, a Sincronicidade de Jung e a representatividade das Mandalas.

As Mandalas são as formas mais antigas de se expressar criadas pelo homem, variando de acordo com a cultura que as emprega.

Cada círculo que a Mandala representa traz em si a carga energética de seu próprio significado, de sua própria essência. Assim, tal qual Mandalas humanas, fomos percebendo uma aliança feita por mãos unidas, cujo conteúdo era mesclado das mais diferentes emoções, histórias trazidas até nós de choros, risos, tragédias, desempregos, lutos e separações, momentos em que carregamos alguém, e outros em que nos carregamos umas às outras. Nenhuma de nós certamente sequer imaginou a extensão que o Projeto alcançaria, e a fila de espera para atendimento mostrava isto dia a dia. Quando criamos o grupo de Intervisão com os novos profissionais que chegaram, não é preciso dizer que aumentou nossa necessidade de dar voz as nossas próprias dores e identificações.

Aqui cabe um parêntese:

Quando vários círculos são lançados no espaço ao acaso, em determinado momento alguns irão se encontrar, entrelaçando-se. Essa justaposição, essa pequena intersecção, recebe o nome de MANDORLA.

> A Mandorla começa assim, a cura da rachadura, a sobreposição geralmente é muito pequena no início, apenas uma fatia de uma lua nova, mas já é um começo. Com o passar do tempo, quanto maior a sobreposição, tanto maior e mais completa a cura (JOHNSON, 1996, p. 83).

Foi isso que aconteceu ao Acolher, e um círculo de energia neste universo caótico e doloroso da pandemia veio em nossa direção na figura do Psicólogo Psicodramatista Luiz Contro. Amorosa e voluntariamente, ele se ofereceu para estar semanalmente com as cinco de nós para discutir qualquer conteúdo que desejássemos, qualquer fato que estivesse nos afetando.

A cada novo encontro, que acontecem até hoje, ele nos convida a recuar desta realidade disforme, onde céu e terra - já fisicamente distantes -, agora estão mais afastados ainda pelo isolamento, e nos propõe a olhar, reler e ressignificar cada tema. Como Mandorla humana, Luiz Contro traz encorajamento, reconexão de algum ponto que não esteja no seu equilíbrio, e a reconciliação do EU com o que possa ter escapado, com o que nos falta, com o que está na sombra.

O surgimento de Luiz se deu num momento em que nos sentíamos bem cansadas, desencorajadas, machucadas por tantas histórias, nossas e alheias, mas ainda assim de mãos dadas na roda. Com seu trabalho repleto de sutileza e sensibilidade, ele vai nos mostrando nossa própria energia, nossos limites e possibilidades de maneira afetuosa. Ele nos encoraja, aponta o caminho e, assim, nós nos lançamos novamente na jornada, como círculos que também somos.

O cuidado com cada uma de nós se dá quando, desta forma, ele nos enlaça, oferecendo parte de sua energia e recebendo parte da nossa, o que magicamente cria a amêndoa curadora que executa a função.

O coniunctio alquímico traz a todos a integração do novo, da luz e da sombra, algo dentro de nós sempre se modifica e ganha um novo elemento, cada um integrando em si aquilo que necessita. Esse é o poder da Mandorla, esse é o trabalho do Luiz, a cada reunião "Cuidando de quem cuida".

8 Exemplo de um caso clínico

Meu primeiro contato com a acolhida A. aconteceu via WhatsApp, como de costume por mensagem de texto. Por ter manifestado urgência em ser atendida, marcamos nosso primeiro encontro para o dia seguinte, uma sexta-feira, ainda no início da pandemia no Brasil.

Ao abrir a câmera, devemos perceber e estar preparados para, literalmente, entrar na casa do acolhido... Algumas vezes, os familiares estão juntos, quer sejam filhos, esposa, esposo, expondo a intimidade do lar à nossa vista.

O atendimento de A. se deu na sala de sua casa, com suas crianças assistindo televisão. A. estava visivelmente abalada. Chorava muito, e contou que havia perdido o sobrinho que tanto amava há uma semana, vítima da Covid. Impossível não se emocionar com esse atendimento... Era um menino de 21 anos, adorado pela família, o primeiro a se formar numa faculdade. Ao

mesmo tempo, o irmão da acolhida também estava com sintomas do vírus. Ele havia feito o exame, porém ainda não tinha recebido o resultado e vinha trabalhando normalmente como gari, no período da noite. Ele achava que não podia ficar em isolamento porque havia sido recém-contratado e tinha muito medo de ser demitido do emprego.

Foi um atendimento focado na escuta, no acolhimento das emoções trazidas, visando a estabilização do acolhido e, principalmente, o suporte desses sentimentos e a pesquisa dos recursos existentes, para poder ressignificar aquele momento.

Ela não se conformava, não conseguia aceitar a morte do sobrinho. Continuava a mandar mensagens para o celular dele com a esperança, ainda que remota, que ele viesse a responder. A. me mostrou todas as mensagens que haviam sido enviadas, as antigas e as mais recentes, depois do falecimento.

Foi um atendimento muito intenso. Apesar disso, era necessário combinar com a acolhida as regras dos atendimentos, situá-la no processo e estabelecer os limites do nosso vínculo.

Marcamos o próximo encontro para dali três dias, deixando claro que ela teria acesso a mim antes dessa data, caso houvesse urgência de sua parte.

No segundo atendimento, A. ainda chorava muito, continuava muito abalada e deprimida. Começou a questionar a existência de Deus. Não aceitava o fato de ter rezado tanto pela melhora do sobrinho e Ele não ter ouvido suas preces... Dizia que não tinha forças para fazer mais nada...

Ouvi seus lamentos e ela narrou a forma como o sobrinho faleceu. Queria me contar os detalhes. Fui ouvindo e me emocionando junto com ela, enquanto explicava quem era esse sobrinho e descrevia seu vínculo estreito com ele. Então, relatou o orgulho que essa família sentia do rapaz. Ele havia feito biomedicina e, com 21 anos, já estava formado e trabalhando em um importante laboratório da cidade de São Paulo, um rapaz muito amoroso e muito educado. O sobrinho era homossexual e tinha tido a coragem de assumir sua sexualidade perante a família.

Fazia pouco tempo que tinha se apaixonado e estava namorando.

Enquanto A. foi enumerando as qualidades do rapaz, se acalmou e começamos a falar dos rituais de despedida que, por conta da Covid, não puderam ser realizados da maneira tradicional e afetiva. O velório foi restrito em quantidade de pessoas e duração. Os parentes, em razão do protocolo sanitário devido ao alto de risco de contágio, não puderam ir ao hospital e ficar ao lado dos familiares, nem nas últimas horas de vida dele.

A despedida havia sido feita por uma ligação de vídeo, e o velório havia ocorrido com o caixão fechado, como determinava o protocolo. O que restou foi uma falta, um vazio imenso. Combinamos então que ela escreveria uma carta para o sobrinho, contando sobre todo amor e orgulho que sentia por ele, e sobre como ela havia pedido a Deus que ele se recuperasse.

Refletimos ainda sobre a necessidade de ela se reorganizar para poder cuidar dos três filhos pequenos, que também estavam muito abalados e assustados com a morte do primo.

Foi nesse ponto que A. pareceu sair do "transe" e confessou o quanto estava preocupada com o modo que vinha cuidando de seus filhos desde o falecimento do sobrinho. Discutimos de que maneira ela poderia se reconectar com eles e sobre a importância desse cuidado. Eu soube que ela havia parado de se preocupar com a comida da casa, com banho e outros cuidados básicos. A. chegou à conclusão, então, de que o sobrinho também não iria gostar de vê-la nesse estado. E por ele, segundo disse, ela iria fazer um esforço para colocar as coisas em ordem na medida do possível. Nesse momento, aconteceu o segundo passo de nossos atendimentos, e que chamamos de mobilização de recursos internos e externos. Junto com o acolhido, procuramos restabelecer rotinas, autocuidado e também acessar sua rede de apoio.

Nossa comunicação também acontecia fora das sessões. Julguei que, por ser um caso muito delicado, deveria abrir esse precedente. Combinamos que ela poderia me mandar mensagens e até conversarmos um pouco fora dos horários das sessões.

No dia seguinte à segunda sessão, A. me contou, por

mensagem de WhatsApp, que conseguira escrever uma extensa carta ao sobrinho e que se sentia muito mais tranquila depois disso.

No terceiro atendimento, a acolhida informou que recebera a confirmação de que o irmão caçula estava com Covid. Comentei sobre a importância do irmão não sair para trabalhar, tanto para preservar sua saúde como também a saúde dos colegas de empresa.

Outro ponto que vinha deixando a acolhida muito preocupada era o aniversário do sobrinho, que estava se aproximando. A irmã, mãe dele, não parava de falar que não suportava mais a dor causada pela falta do rapaz e que iria matar a filha e depois se suicidar. Nós discutimos sobre a importância de A. ficar ao lado da irmã, buscando proteger a sobrinha, e o quanto era necessário que a aconselhasse a buscar ajuda médica. Assim, seria avaliada a necessidade de suporte medicamentoso.

A. me contou também que o sobrinho adorava festas de aniversário e que gostava muito de comer. E que decidiu fazer o bolo que ele mais apreciava para homenageá-lo no dia do seu aniversário.

No quarto atendimento, A. explicou como foi difícil entrar pela primeira vez, depois do falecimento, na casa onde morava o sobrinho e ver suas coisas ainda lá... Contou que não conseguira fazer o bolo de aniversário para ele. Não se sentia bem, estava triste, sem esperança.

Comecei a falar sobre o livro que eu acabara de ler, de Viktor Frankl (*Em Busca de Sentido*, 2017), que relata como o autor havia sobrevivido por três anos no campo de concentração de Auschwitz e que entendia que ele só sobrevivera porque tinha um propósito. Comentei que esse livro estava sendo fundamental para mim durante a pandemia porque, como todo mundo, eu também estava sendo afetada e o que estava me dando forças para melhor enfrentar esse desafio era trabalhar no Projeto Acolher. Esse estava sendo o meu propósito.

Segundo Frankl (2017), quem tem um *porquê*, enfrenta qualquer *como*. E o Projeto Acolher havia se transformado no meu *porquê*.

No quinto atendimento, A. chegou diferente. Ela passara a fazer comida na sua própria casa, ajudada financeiramente pelos vizinhos, já que havia perdido seu meio de sustento por causa da pandemia, e estava distribuindo quentinhas para moradores de rua que dormiam sob uma ponte perto de sua casa. Contou que seu intuito era fazer essa doação uma vez por semana e relatou o quanto esse trabalho voluntário tinha aquecido seu coração. Nós comentamos sobre como seu sobrinho estaria orgulhoso da família por se engajar nesse movimento, já que ele era um menino muito bondoso e generoso. Foi a primeira vez que a vi sorrindo e feliz.

No sexto e último encontro, A. me mostrou as mensagens que havia trocado com o sobrinho pouco antes dele falecer. Disse que começou a entender que fizera tudo o que podia por ele em vida. Que se sentia tranquila. E ressaltamos o quanto era importante ela estar bem para poder cuidar dos três filhos e da irmã.

Finalmente, a acolhida começou a aceitar a morte do sobrinho!

Referências

FLEURY, Heloisa J., A Intervenção Social Socioeducativa de tempo limitado. In: MARRA, Marlene M., FLEURY, Heloisa J. (Orgs). Grupos - **Intervenção Socioeducativa e método sociopsicodramático**. São Paulo: Ágora, 2008. (179-192)

FRANCO, M.H.P. **A intervenção Psicológica em Emergências –** Fundamentos para a Prática. São Paulo: Summus, 2015.

FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21:** uma compreensão abrangente do fen**ô**meno. São Paulo: Summus, 2021.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de Sentid**o: Um psicólogo no campo de concentração. São Paulo: Vozes, 2017

GHIRALDELLI, P. tradução de Grayling, A C. Epistemology. Bunnin and others (editors). **The Blackwell Companion to Philosophy**. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Publishers Ltd, 1996.

JOHNSON, R. **Magia Interior**. São Paulo: Mercuryo, 1996.

JUNG, C. G. Prefácio à Terceira Edição **Símbolos da Transformação.** São Paulo: Vozes, 1973.

JUNG, C. G. **Fundamentos de Psicologia Analítica -** As conferências de Tavistock. São Paulo: Vozes, 1972**.**

MORENO, Jacob Levy, **Quem Sobreviverá: fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama/** J. L Moreno; tradução Denise Lopes Rodrigues e Márcia Kafuri , revisão técnica Paulo Mauricio de Oliveira e Geraldo Francisco do Amaral. Goiânia: Dimensão, 1994

STROBE, M.S. & SCHUT, H. . **The dual process model of coping with bereavement**: a review of the grief work hypothesis, Omega, 1999.

VARELLA, D. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático.** 2011. https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/transtorno-do-estresse-pos-traumatico/

WORDEN, J. WILLIAN, **Terapia no luto e na perda: um manual para profissionais da saúde mental**; tradução Adriana Zilberman, Letícia Bertuzzi, Susie Smidt. São Paulo: Roca, 2013.

Capítulo 2

AJUSTAMENTOS POSSÍVEIS DE PACIENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FRENTE ÀS SITUAÇÕES DE TENTATIVA DE SUICÍDIO DE PACIENTES INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA HOSPITALAR

Vanessa D. Bonzanini
Priscila Schneider

1 Introdução

O presente artigo é uma atividade desenvolvida a partir do estágio supervisionado em Organizações de Saúde I, do sétimo semestre do curso de Psicologia, da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC. O estágio é realizado no Hospital Nossa Senhora dos Prazeres - HNSP, cidade de Lages - Santa Catarina, que faz parte da história da cidade desde 1915. Na atualidade, ele é referência em situações de alta complexidade, mais especificamente em traumato-ortopedia e neurocirurgia.

As experiências observadas por meio de atendimentos aos pacientes da ala de internação Sagrado Coração de Jesus, deram luz ao tema deste artigo. Sentimentos emergidos, mobilizados por vivências intensas de sofrimento em relação à decisão de ter tentado pôr fim à própria vida, o suicídio. Após as adversidades vivenciadas no contexto hospitalar, observou-se a necessidade de olhar para as situações de infortúnios, conflitos, angústias, desamparo e sofrimento enlaçados na tríade paciente, família e equipe de atendimento.

A importância social do estudo é manifesta tanto na experiência prática junto ao estágio de Psicologia no referido hospital quanto nas pesquisas realizadas por Lovisi et al (2009). O

Ministério da Saúde (2017), com base nos dados da Organização Mundial da Saúde - OMS, estima que anualmente mais de oitocentas mil pessoas morrem por suicídio, e que para cada adulto que se suicida, pelo menos vinte outros adultos atentam contra a própria vida.

Com base nas observações do estágio junto a situações de tentativa de suicídio de pacientes internados em clínica médica hospitalar, este artigo objetiva analisar os ajustamentos necessários, em contexto hospitalar, equipe de saúde e a família em diálogo com a discussão teórica a partir da Gestalt Terapia. Então, buscou-se, enquanto objetivos específicos: avaliar os ajustamentos possíveis de pacientes, familiares, e profissionais da equipe à luz da Gestalt Terapia; discutir possíveis intervenções psicológicas junto a situações de tentativa de suicídio de pacientes internados em clínica médica hospitalar.

2 Fundamentação teórica

O que dizer do suicídio? O imprevisto, o inexplicável. O que choca e ofende. Um pedido de socorro, um pedido para ser ouvido, ainda que um pedido silencioso. Um pedido de paz. Uma tentativa de acabar com a dor. Uma dor, eternizada.

Pensar sobre uma tentativa de suicídio é se entregar a uma busca. Procurar entender os desajustes que levaram o indivíduo a atentar contra sua vida e, a partir disso, compreender os ajustes necessários para que a vida siga seu ciclo normal. É refletir sobre a condição humana, sobre sentimentos, faltas, lacunas, singularidades ou mistérios que envolvem a existência humana.

O suicídio, um fenômeno complexo. É um pedido de ajuda ao mesmo tempo que ocorre a ausência da comunicação. Pode ser definido como um ato humano para interromper a própria vida. Já a tentativa de suicídio, entretanto, não tem consumação (BRASIL, 2009).

Diante da complexidade do suicídio, a Organização Mundial da Saúde - OMS (2000), compreende-o como um

fenômeno que tem relação com variados campos, resultante de elementos ambientais e sociais, genéticos, biológicos e fisiológicos, que assumem significados distintos e que variam de acordo com a subjetividade de cada pessoa. O ato suicida, é associado a um incontrolável martírio interior e é buscado como um meio de comunicar, por parte de quem sente profunda angústia e não percebe outra maneira de pedir ajuda, a não ser atentar contra a própria vida (FERRARI; BARRETO, 2018).

A tentativa de suicídio é por vezes uma forma de escapar de infortúnios, é uma escolha entre o viver e o morrer. Um modo de fugir dos conflitos, angústias e sofrimentos. Uma escolha entre suportar os fracassos existenciais e decidir dar cabo de sua vida (WING-WAU; BORIS; MELO; SILVA, 2020).

Segundo Bortolete, Melo-Santos e Botega (2010), as características fenomenológicas da tentativa de suicídio são as mesmas que a do suicídio, diferenciando-se apenas no desfecho, que não é mortal. A tentativa de suicídio reflete uma situação de desequilíbrio entre a percepção que o sujeito tem da dificuldade que enfrenta e seus recursos para resolvê-los, acompanhada pelas angústias, desamparo e vivências (BOTEGA, 2014).

Apesar das restritas informações acerca das tentativas de suicídio, Bortolete Melo-Santos e Botega (2010) destacam que entre os pacientes atendidos nos setores de urgência e emergência, é estimado que de 30% a 60% deles já realizaram tentativas anteriormente. E, que posterior a este registro de primeira tentativa, de 10% a 20% tentarão novamente dentro do prazo de um ano, sendo estimada uma taxa de 0,4% a 4,2% tentativas ao longo da vida. Considera-se ainda que, para cada tentativa registrada oficialmente, outras quatro ocorreram, porém não foram documentadas.

Uma tentativa de suicídio é o principal produtor de risco para uma futura concretização. Após uma tentativa, é estimado que o risco de uma nova aumente em pelo menos cem vezes, isso quando comparado aos índices indicados pela população geral (BOTEGA, 2014). Entretanto, as estatísticas quanto a tentativa de suicídio, são falhas. Os dados oficiais são relativos aos casos registrados, devido ao andamento junto a inquéritos policiais e que

são ocorridos em hospitais públicos de grandes cidades. A partir desses dados, é encontrada uma taxa de aproximadamente 10 a cada 100 mil habitantes por ano em todo o país (CASSORLA, 2017).

Ainda, segundo Cassorla (2017), ao contrário da população que comete o suicídio, que são predominantemente homens em idade avançada, a população que tenta o suicídio é predominantemente de jovens e mulheres, cujo método mais utilizado é a ingestão de substâncias químicas, como medicamentos e produtos de limpeza.

Com a alta incidência e reincidência de tentativas de suicídio, os profissionais da saúde, que prestam atendimento às urgências e emergências no ambiente hospitalar, por ser local de maior direcionamento para atendimento, desempenham um importante papel na intervenção e prevenção do suicídio (MEIRA et al., 2020).

2.1 Tentativa de suicídio no contexto hospitalar

Conceituado como parte integrante de uma organização médica e social (GUTIERREZ, 2014), o hospital tem como função básica proporcionar aos usuários do serviço assistência médica integral, curativa e preventiva. Para alcançar tal integralidade, no cuidado das pessoas, grupos e coletividade, faz-se necessário visualizar o indivíduo a partir de sua constituição histórica, social e política, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual está inserido. E ainda, esse atendimento perpassa a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada, com qualidade real de atenção individual e coletiva.

Após a tentativa de suicídio, o paciente geralmente se encontra muito fragilizado. Alguns demonstram o sentimento de incompetência por não terem alcançado o desejado. Os familiares, por sua vez, manifestam estado de susto, preocupados com a saúde do paciente e em estado de alerta sobre as possibilidades do que pode acarretar tal comportamento (GUTIERREZ, 2014).

Defrontar-se com pacientes, cuja entrada no contexto hospitalar ocorreu por tentativa de suicídio, não é fácil. É comum que membros da equipe de saúde utilizem crenças pessoais, na tentativa de auxiliar estes pacientes. Há ambivalência de sentimentos nos profissionais que, por um lado, buscam estar atentos à demanda que o paciente apresenta e, por outro, não é estar vivo somente, mas precisam tomar as medidas necessárias para que a tentativa contra a própria vida, não seja consumada (BORTOLETE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

O profissional do serviço de emergência, segundo Fontão e outros (2017), costuma ser o primeiro a ter contato com o paciente, após a tentativa de suicídio. A gestão adequada deste atendimento é fundamental para a prevenção de futuros comportamentos suicidas. Entretanto, estes profissionais apresentam muitas vezes uma atitude negativa diante destes pacientes, tanto pela ausência de habilidades interpessoais e profissionais para este tipo de atendimento, como também, por uma avaliação inadequada da situação que se apresenta.

Neste mesmo sentido, Vidal e Gontijo (2013) referem que, seja pelas características dos serviços de emergência, seja por despreparo ou por dificuldade de lidar com pacientes suicidas, nem sempre é aproveitada a oportunidade para intervir, no sentido de reduzir o risco de futuras tentativas. Os autores argumentam que pacientes suicidas são vistos pelos profissionais da saúde como indivíduos que exibem condutas estereotipadas, e não são vistos como um usuário singular. Por isso, a conduta destes profissionais no atendimento é muitas vezes de rejeição e hostilidade.

Há atitudes negativas nos atendimentos, em especial quando a tentativa de suicídio acarreta um alto risco de morte, porque os profissionais entendem que o tempo despendido a este paciente poderia ser dedicado a pacientes mais graves. Junto a isso, expressam sentimentos de raiva, irritação, descaso e negação. Estes profissionais muitas vezes avaliam esta demanda como ilegítima para emergências hospitalares, aspectos estes que na literatura são apontados como negativos no cuidado ofertado aos pacientes (FREITAS; BORGES, 2017).

Já no que se refere ao contato do profissional com os familiares dos pacientes, para Gutierrez (2014), é percebido um despreparo, mesmo que essa assistência seja apenas segurar na sua mão, olhar nos olhos, oferecer-lhe conforto. Apesar da orientação em assistir o paciente e seus familiares de forma holística e voltada ao cuidado humanizado, esse enfrentamento causa ao profissional da saúde, angústia e sofrimento. A autora afirma que este contato inicial acontece de forma pontual, restringido apenas à coleta de informações a respeito da tentativa de suicídio. Espera-se para este momento que os profissionais ofereçam suporte, zelo, e esclarecimentos, porém não é o que acontece normalmente. Esta falta de acolhimento é justificada pelas poucas condições estruturais de trabalho das instituições, pela demanda e dinâmica estressante dos setores de urgência e emergência.

Por vezes a tentativa de suicídio não é reconhecida ou registrada como tal. Isso reflete a dificuldade dos profissionais em acolherem esta demanda, esse tipo de sofrimento, o que impede o atendimento dessa situação para além das questões clínicas físicas presentes e a prevenção de problemas futuros.

Um ambiente que promove o cuidado seguro e favorável à recuperação é um dos condicionantes indispensáveis para o exercício do cuidado integral e em especial para a saúde mental. É necessário escutar o paciente de forma qualificada, livre de julgamentos ou preconcepções, levando em consideração que, nem sempre o paciente está disposto a falar, expressar o que realmente está sentindo (FONTÃO *et al.*, 2017).

Toro e outros (2013) referem que a Psicologia da Saúde, no ambiente hospitalar, procura compreender os aspectos psíquicos e psicossociais do ser humano, com o propósito de assistir o paciente, contribuindo para uma relação humanizada entre profissional e paciente. Nessa direção, o fazer da psicologia, a partir das referências da Gestalt-terapia, busca o equilíbrio que o harmoniza com o ambiente, compreendendo o indivíduo como um organismo unificado e integrado no campo (SANCHEZ; MACHADO, 2016).

Subjacente à fenomenologia referenciada na Gestalt,

a perspectiva da teoria de campo traz luz ao campo total, no qual as partes e o todo coexistem na integração do campo, que dinamicamente se constitui como um espaço vital, que compreende a pessoa e o seu ambiente psicológico. O comportamento do ser humano, acontece como resposta de sua totalidade aos fatos coexistentes e aqueles resultantes deste campo dinâmico e interdependente. Então, o comportamento não depende apenas do passado ou do futuro, mas da dinâmica do campo atual e de como é percebido pelo indivíduo (YONTEF, 1998).

Nesse ínterim, constitui-se o fazer da psicologia. Estar atento à escuta do que é falado e do que é silenciado. Ao profissional da psicologia, cabe compreender o que está por trás ou junto a este silêncio. Acolher, com o objetivo de auxiliar o paciente no processo de internação e de adoecimento. Atuar como facilitador do fluxo de emoções, reflexões, com zelo pela atenção de forma integral ao paciente.

2.2 Ajustamentos em Gestalt Terapia

De acordo com a perspectiva gestáltica, para Cardella (2014), o homem é uma totalidade que se autorregula através da constante interação com o meio. Este processo de interação se caracteriza pela estabilidade e desequilíbrio e pela busca em satisfazer suas necessidades com equilíbrio, que ocorre sempre de forma dinâmica. A partir de descontinuidades, do trágico e dos seus erros, é dotado da capacidade de reintegrar-se, de renascer, de transformar-se, mesmo a partir da precariedade, da instabilidade e por meio da incompletude humana.

A partir da Gestalt-terapia abrimos possibilidades de a pessoa conceber sua vida, com a liberdade de decidir e ser responsável pelo que é e faz. A partir de suas experiências constrói seu padrão interno de referências, com a possibilidade de utilizar a criatividade, da forma que melhor lhe convier. Em outras palavras, na perspectiva gestáltica, a pessoa é singular, portanto, é somente ela quem possui as respostas para seus questionamentos. Ademais, ela é a possuidora do sentido de sua vida, embora, muitas vezes,

esse sentido não esteja tão claro e, então, o sofrimento e o desespero passam a ser perceptíveis (FUKUMITSU, 2012).

Assim, a Gestalt-terapia, ao trabalhar sobre a questão do suicídio, discute questões existenciais, como a falta de sentido, referida por Fukumitsu (2012), além de sentimentos como medo, tédio sofrimento, agonia e ajustamentos disfuncionais. Sobretudo, reflete sobre o funcionamento saudável de uma pessoa, para que ela possa descobrir o sentido e as forças necessárias para manter-se viva (FUKUMITSU; SCAVACINI, 2013).

Para Fukumitsu e Scavacini (2013), a Gestalt-terapia não considera a adequação dos comportamentos do cliente, no caso de pensamentos remetidos à morte como solução para suas angústias, para as vivências de seus conflitos. Mas o conflito é concebido como uma possibilidade de crescimento. Desse modo, a capacidade de mudança é maior e, quanto maior for a crise, possivelmente será mais rápida a resposta do indivíduo.

A Gestalt-terapia é dialógica, é abertura e disponibilidade. Busca o ajustamento às necessidades emergentes a partir da apropriação de seus recursos de modo singular, tendo em vista seus limites, acolhendo suas precariedades e instabilidades. Nesta perspectiva, o ser humano é responsável pela sua existência, em um processo contínuo de abertura para a vida e de crescimento permanente, de ser autêntico e co-criador do mundo (CARDELLA, 2014).

Para Carvalho e Costa (2010), o crescimento se dá a partir do contato. Porque o contato acolhe as diferenças, o novo, o outro, a mudança, possibilidades de atualização e de transformações. Contato e crescimento são respostas aos ajustes com vistas à satisfação das necessidades e potencialidades do sujeito.

O contato revela a necessidade de união e separação para que o crescimento e para que as mudanças ocorram. O contato reconhece as diferenças, possibilita a atualização, possibilita o ajuste criativo do organismo com o ambiente (CARDELLA, 2014).

O ajustamento criativo, para D'acri, Lima e Orgler (2007), é um processo que proporciona o equilíbrio e mantém

a sobrevivência do indivíduo. Elas qualificam o criativo como o resultado do sistema de contatos intencionais que o indivíduo preserva com o ambiente.

A criatividade, para D'acri, Lima e Orgler (2007), é entendida como aptidão, orientada de acordo com as novas realidades e exigências das circunstâncias, possibilitando uma ação transformadora. Uma resposta consciente no campo, estando o campo (tanto o organismo como o meio) em processo contínuo de transformação, sob pressões e condições de vida em permanente mudança.

Em sua totalidade, o ser humano em suas necessidades, carece de satisfação, porém, para tanto, é preciso estar consciente da situação. Isto reflete na percepção do campo e no discernimento das necessidades quanto aos recursos que estão disponíveis ou recursos a serem assimilados ou modificados (D'ACRI; LIMA; ORGLER, 2007).

Ainda, de acordo com D'acri, Lima e Orgler (2007), estar consciente, envolve contato, *awareness*[1] na fronteira entre o organismo e o ambiente. Nesse sentido, a *awareness* é caracterizada pelo sentir, pelo perceber, no processo de contato. É uma forma de contato indispensável, uma condição prévia para o processo de ajustamento criativo.

Para Cardella (2014), ajustar-se criativamente é uma resposta aos acontecimentos da vida, é uma resposta às necessidades com vistas à satisfação, tornando-a própria, singular, tornando-a presente na interação com o mundo. É viver a vida como fluxo, que acolhe e se deixa transformar. É ser capaz de subjetivar e se apropriar do que acontece no encontro com o diferente, reposicionando a singularidade.

Assim, o funcionamento saudável é traduzido pelo ajustamento criativo, abrangendo a possibilidade de incluir o que é novo, assimilando o nutritivo, cuidando do que é diferente e

1 Conceito central em Gestalt-Terapia que é caracterizado pela consciência de si e a consciência perceptiva; é a tomada de consciência global no momento presente, a atenção ao conjunto da percepção pessoal, corporal e emocional, interior e ambiental (GINGER, 1995, p. 254).

desconsiderando o que é tóxico (FUKUMITSU, 2012).

A dinâmica da vida acontece no campo organismo e meio. Para dar conta dessa interação contínua precisamos fazer opções para atender nossas necessidades. Mas, caso as necessidades do meio sejam impostas, de forma opressora, resistimos. A maneira como resistimos, revela nosso estilo, nossa particularidade de sobrevivência. Tal resistência se coloca como forma de defesa que visa manter de forma íntegra o organismo. Portanto, tal resistência deve ser respeitada, haja vista que é uma energia valiosa e atacá-la seria uma forma de fortalecê-la (SCHILLINGS, 2014).

Sobre o ser não saudável, aspectos da totalidade de si estão alienados, em um jogo entre dominador e dominado, polarizando um lado e alienando o outro, além de empobrecer a qualidade de contato no aqui-agora. A pessoa tem a *awareness* reduzida, a fronteira se apresenta rígida ou exageradamente permeável e as figuras não são claras, sendo rejeitado o que é nutritivo e assimilando o que é tóxico. Por esses motivos caracteriza-se como disfuncional (FUKUMITSU, 2012).

Desta forma, opondo-se ao comportamento espontâneo, sua energia é contida, não sendo dirigida para a satisfação de suas necessidades, porque visa a satisfação da necessidade do meio. Quando isso ocorre de forma continuada, a inibição da excitação, que inicialmente era liberada, passa a ser crônica (SCHILLINGS, 2014).

Assim, com base na perspectiva gestáltica, segundo Perls (1977), no ajustamento disfuncional, o sentido das vivências não está nelas, mas na relação que é estabelecida com o mundo, por meio de padrões cristalizados e repetitivos, com distorção e supressão das necessidades.

3 Método

A presente revisão de literatura nasceu de observações junto à experiência de estágio, realizado no Hospital Nossa Senhora dos Prazeres, durante o ano letivo de 2021.

Então, a partir dessas observações foram selecionadas referências bibliográficas e científicas para responder aos objetivos propostos no presente estudo. Desse modo, fez-se uma revisão narrativa a respeito dos ajustamentos possíveis de pacientes, familiares e profissionais da equipe à luz da Gestalt Terapia e de possíveis intervenções psicológicas junto a situações de tentativa de suicídio de pacientes internados em clínica médica hospitalar.

4 Resultados e discussão

Para abordar a experiência da tentativa de suicídio à luz da Gestalt terapia, inicialmente, discutiremos essa situação enquanto formas de ajustamento vivenciado como sofrimento. E, tendo em vista a forma como o paciente e os familiares e a equipe são afetados nessa conjuntura, avaliam-se possíveis intervenções psicológicas no contexto de enfermaria de clínica médica hospitalar.

4.1 Tentativa de suicídio: ajustamento disfuncional?

Estar saudável, antes de particularizar um completo bem estar, caracteriza-se por um permanente processo de manutenção de equilíbrios e de ajustamentos às condições, constantemente fluentes, dos meios interno e externo. Trata-se de identificar e satisfazer as necessidades mais salientes do aqui e agora, de modo a realizar a alternância das figuras e fundos, com estímulo e organização do comportamento do indivíduo, consentindo a sobrevivência organísmica (COSTA; COSTA, 2017).

Em contraposição ao estar saudável, o adoecer, para Costa e Costa (2017), em Gestalt-terapia, é a desarmonia relacional, seja consigo ou com o mundo, que imputa ao sujeito manifestações divergentes do comportamento saudável e do ajustamento criativo.

Pela concepção Gestáltica, uma disfunção é percebida pela interrupção do processo de contato. Quanto maior a rigidez na fronteira de contato, entre organismo e ambiente, quanto maior o distúrbio na elasticidade de formação figura e fundo, mais rigorosos os efeitos percebidos no comportamento e no desenvolvimento do

self (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

O *self, de* acordo com Ribeiro (1997), é composto por elementos e qualidades específicas que constituem a individualidade e a identidade da pessoa. Uma das posições clássicas da literatura refere o *self* como contato, pois só existe quando se está em contato. A segunda posição da literatura, discutida longamente por Perls, vê o *self* como um centro do qual originam-se as diversas formas de contato e de atuação, onde surge o "eu".

Para Perls (1977), quando o indivíduo cristaliza seu modo de atuar, acaba por limitar a capacidade de ir ao encontro de suas necessidades de sobrevivência. Assim, ocorre um desequilíbrio no campo organismo e meio, o que leva ao surgimento de neurose. Isso resulta em um indivíduo incapaz de olhar para o que lhe é mais apropriado no contexto em que está inserido. O autor refere, ainda, que o neurótico não observa claramente suas necessidades, desta forma, não pode satisfazê-las. E, ainda, que o indivíduo não se distingue de forma adequada do resto do mundo, vendo a sociedade maior que sua vida e a si como algo muito menor.

Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997), a neurose não é algo que o indivíduo possui. O indivíduo se torna a própria neurose, devido à ausência da integração das polaridades e a ausência da *awareness.* Esta é o saber do que é experienciado, que permite a reconciliação ou a integração dos opostos, a unificação das polaridades encontradas no psiquismo humano.

Para Ginger e Ginger (1995, p. 128),

> seria uma perda da função "ego[2]" ou da função "personalidade[3]": a escolha da atitude adequada é difícil ou desadaptada. O mundo exterior e as necessidades internas são percebidas pelo "id[4]", mas a resposta do "eu" não é satisfatória: o ajustamento

2 Identificação progressiva com as possibilidades e a alienação destas, a limitação e a intensificação do contato em andamento, incluindo o comportamento motor, a agressão, a orientação e a manipulação (D'ACRI; LIMA; ORGLER, 2007, p. 120).

3 Sistema de atitudes adotadas nas relações interpessoais; é a admissão de quem somos, que serve de fundamento pelo qual poderíamos explicar nosso comportamento (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 187).

4 Concerne às pulsões internas, às necessidades vitais e, especialmente sua tradução corporal (D'ACRI; LIMA; ORGLER, 2007, p. 121).

> criador do comportamento não está de acordo com a necessária "hierarquia das necessidades". As respostas não são atualizadas. A neurose é, pois, um conjunto de respostas obsoletas ou anacrônicas, em geral enrijecidas numa estrutura de caráter que reproduz comportamentos adquiridos em outros tempos e em outros lugares.

Frazão (2013) refere que o comportamento suicida tem sentido atuante, mas com má qualidade de *awareness*, que leva a uma ação de forma precipitada, de maneira que o indivíduo transcorre de uma sensação para uma percepção, através de uma mobilização, a *awareness*.

Para Fukumitsu e Scavacini (2013), o indivíduo que pensa no ato suicida, apresenta uma Gestalt cristalizada e fixa. Para as autoras, o comportamento suicida, expressa também a dificuldade de conexão entre a figura que se apresenta no presente e o fundo (contexto) de suas experiências, revelando uma perda de sentido e dificuldade de lidar com as vivências, o que gera um sentimento de impotência, diante do seu caos.

É possível fazer uma adaptação ao meio, no momento em que o fluxo entre a figura e o fundo estão interrompidos, culminando em um ajustamento criativo. Mas quando o meio continuar persistindo em um impedimento para que uma necessidade se realize, o ajustamento criativo inicial se caracteriza como uma disfunção de contato, refletindo na interação da pessoa com o ambiente (BANDEIRA *et al*., 2018).

A partir disso, pode-se entender uma tentativa de suicídio, como um sofrimento existencial, que parte de ajustamentos criativos, mesmo que se tornem disfuncionais, na medida que a pessoa não busca pôr fim a sua vida, mas uma outra maneira de viver (FUKUMITSU, 2012).

E, para a Gestalt-terapia, quando o sofrimento existencial é maior do que o sujeito consegue lidar, a energia em forma de agressividade é mal canalizada e age contra o próprio sujeito, o que a abordagem chama de retroflexão disfuncional. Trata-se de implosões e explosões intensas que revelam conflitos com o ambiente e consigo (FUKUMITSU, 2017). Para Perls (1988, p. 54),

> Quando uma pessoa retroflexiona um comportamento, trata de si mesma como originalmente quis tratar a outras pessoas ou objetos. Para de dirigir suas energias para fora, na tentativa de manipular e provocar mudanças no meio que satisfaçam suas necessidades; ao invés disso, redirige sua atividade para dentro e se coloca no lugar do meio como alvo de comportamento. À medida que faz isto, cinde sua personalidade em agente da ação. Torna-se, literalmente, seu pior inimigo.

Tornar-se inimigo de si mesmo, contraditoriamente, é clamar pelo fortalecimento do *self*. É como um convite para a descoberta de fatores de proteção, demandando novas aprendizagens e ajustamentos criativos. Mas, principalmente, buscar possibilidades de resgatar a esperança e a capacidade de confiar na autorregulação organísmica, que nos auxilia no desenvolvimento das possibilidades de enfrentamento (FUKUMITSU, 2017; 2020).

O "eu" e o *self*, assim como a figura e o fundo, são inseparáveis. Compõem um grande campo, interligados e dinâmicos, trabalham de forma contínua e em profunda relação, para que possa ocorrer a separação, apenas por abstração, porque um permite a existência do outro. O *self* é uma fonte que se coloca em íntima relação com os mecanismos de equilibração organísmica que, por sua vez, quando saudáveis, funcionam como protetores do *self* e, quando não saudáveis, funcionam como anteparos, defesas neuróticas do eu, mesmo que na busca de um ajustamento criativo, embora de maneira disfuncional (RIBEIRO, 1997).

A tentativa de suicídio é vivida pelo paciente e por todos que estão vinculados a ele, sobretudo, seus familiares que vivem este momento de um modo mais intenso. Isto se explica na medida em que eles se veem como parte de uma mesma dinâmica de relações pautadas por padrões disfuncionais (KRÜNGER; WERLANG, 2010).

A crise suicida provoca nos membros de suas famílias sentimentos desconfortáveis, ambivalentes, como preocupação, culpa, raiva, disponibilidade, cansaço, frustração e hostilidade, não sabendo como agir ou dizer. Apresentam ideias distorcidas e equivocadas que costumam estar presentes no senso comum, como pensar que o tentar contra a própria vida, é para chamar atenção

(BOTEGA, 2015).

Segundo Cândido (2011), as representações sociais negativas associadas aos atos suicidas, por questões culturais, repercutem no julgamento e comunicação dos sobreviventes e acabam por afetar as pessoas de seu grupo familiar. Isto não quer dizer, porém, que as atitudes negativas frente a este fenômeno venham necessariamente a se traduzir numa falta de suporte. Para este autor, é provável que a estigmatização acabe por se expressar numa espécie de incômodo, na medida em que as pessoas acreditam não saber como oferecer ajuda adequada neste momento.

Ainda, Cândido (2011) chama atenção para o fato de que as famílias de sobreviventes tendem a apresentar dificuldades e riscos psicossociais mais rígidos. Portanto, é plausível que estas famílias continuem a apresentar dinâmicas disfuncionais, ou mesmo, que passem a apresentar dificuldades e riscos psicossociais ainda maiores após uma crise suicida.

Quem vive nesse "processo de morrência" desenvolve incapacidade de reagir às adversidades, uma evitação de contato. Isso é comum nas famílias com padrões disfuncionais, sufocadas pela ausência de expressão em decorrência desse processo. Resulta na evitação desse contato pelos vários sentidos, de maneira vaga e geral, desperdiça energia na relação com o outro, resulta em uma deflexão. Nesta resistência de contato, o eu e o ele, não existem, as palavras utilizadas são inexpressivas ou quando ditas, ocorre com muita polidez (FUKUMITSU, 2015; CÂNDIDO, 2011; RIBEIRO, 2007).

De forma semelhante, os profissionais da saúde não estão preparados de forma adequada para atender pacientes suicidas. Por vezes, geram opiniões desfavoráveis, reações negativas e intolerância. Em decorrência das dificuldades destes profissionais lidarem com os diferentes aspectos relacionados à morte, em especial ao suicídio, podem desencadear conflitos emocionais (VIDAL; CONTIJO, 2013).

Os profissionais da saúde, na medida em que assistem outros seres humanos, deparam-se com sua própria existência, saúde,

doença e frustrações. Diante destes conflitos, na tentativa de evitar contato com estes fenômenos, subterfúgios são utilizados como mecanismos rígidos de defesa, que podem lhes causar prejuízos tanto na vida profissional, como na pessoal (GUTIERREZ, 2014).

Gutierrez (2014), ainda, refere que os profissionais estão despreparados para aproximarem-se do paciente e familiares diante de uma tentativa de suicídio. Apesar da orientação de formação acontecer ao encontro de uma assistência holística, objetivando humanização, esse enfrentamento causa angústia e sofrimento ao profissional, mesmo que a aproximação seja no sentido de apenas segurar sua mão ou olhar nos olhos, de quem precisa de conforto neste momento.

Para Bortolote, Mello-Santos e Botega (2010), diante da urgência de uma tentativa de suicídio e da angústia resultante deste processo, os profissionais da saúde acabam por conduzir o paciente para algo em que eles mesmos acreditam, de acordo com sua fé, ideologia. No entanto, crenças, desejos e sentimentos, sem os negar, precisam ser separados.

A introjeção de valores e crenças é essencial para a construção das fronteiras, importante para a compreensão do mundo, para a percepção e diferenciação entre o eu e o ele. Contudo, a introjeção se torna impedimento de contato, quando a sua capacidade de discriminar, questionar as falsas crenças a respeito do comportamento suicida não ocorre, e podem refletir nesta interação entre profissional da saúde, paciente e familiares (BORTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Ao incorporarmos normas, modos de pensar e agir, introjetamos constituindo mecanismos neuróticos, colocando barreiras entre nós e o mundo, restando pouco de nós. O perigo da introjeção se constitui na incapacidade que o indivíduo tem de desenvolver sua própria personalidade e, quanto mais o indivíduo é sobrecarregado com as introjeções, mais está sujeito a desintegração de sua personalidade (PERLS, 1988).

4.2 Possíveis intervenções psicológicas junto a situações de tentativa de suicídio de pacientes familiares e equipe em clínica médica hospitalar

Embora possamos interromper o contato em qualquer lugar do ciclo, existe um ponto que o interromper acontece de forma recorrente, que é o lugar onde bloqueamos nossa energia e nos tornamos neuróticos (RIBEIRO, 1997).

Para restabelecer o ajustamento saudável é importante promover a integração dos pólos, do que ele é, e o que não deseja, o que gratifica e contraria (PERLS, 1988). Em função desta complicada percepção da realidade, para um ajustamento saudável, é preciso que a *awareness* seja ampliada, possibilitando a integração de sensação e consciência. Ao ampliar a *awareness,* é iniciado um processo de individuação que permite expressar sentimentos, ações, pensamentos, possibilitando discriminar o que serve para ela e o que não faz sentido, processo que pode promover a integralidade (PERLS, 1988; ZINKER, 1997).

Mas, para que a reintegração ocorra, é importante desenvolver o auto suporte, para deixar de depender do referencial externo (heterosuporte) e confiar mais na própria sabedoria organísmica, no seu fluxo autorregulativo. Transfere o apoio ambiental para o auto apoio, que nada mais é que, fazer com que o indivíduo em crise, descubra desde o primeiro momento que ele pode fazer muito mais, do que ele acha que pode (LIMA, 2014).

Logo, com a ampliação da *awareness*, outro ponto a ser ajustado, é a promoção do retorno à situação de homeostase em um nível seguro de funcionamento. Formulando, em termos da Gestalt, pode-se dizer que é a necessidade primária e dominante do organismo que, a qualquer momento, torna-se figura de primeiro plano, recuando as demais necessidades temporariamente para segundo plano. O primeiro plano é o da necessidade que exige de forma mais intensa para ser satisfeita, como, por exemplo, a necessidade de preservar a vida (PERLS, 1973).

Do mesmo modo, faz-se necessária a autorregulação organísmica, por permitir que o organismo se organize para buscar modos de satisfazer no meio suas necessidades. Através do

meio é processada a autorregulação, promovendo a interação e a negociação entre o fechamento que é buscado e a resolução de uma situação em desequilíbrio (LIMA, 2014).

Pensar em autorregulação é pensar em mudanças, em transformação, sendo condição *sine qua non* para o processo de adaptação ser criativo e dinâmico. Todos os sistemas humanos travam ao longo do seu processo de evolução, uma vez que mudança e reorganização podem ser iniciadas por transformações do ambiente. Isso implica ser diferente em cada novo momento. Isso significa que só pela autorregulação podemos sobreviver, para além de organismos, criaturas e criadores, modificamos a realidade quando nos modificamos (LIMA, 2014).

O principal objetivo da intervenção com o paciente em crise suicida é o ajuste para reduzir o risco de suicídio, sendo amenizado o sentimento de desespero e desamparo, expandindo as possibilidades de comportamento do paciente, o que favorece a ressignificações e novas formas de lidar com a dor.

É imprescindível o cuidado com os familiares e com as outras pessoas da rede de apoio do paciente. Além de contribuírem com informações, é preciso que a família tenha apoio para se reconstruir como um sistema de suporte, uma vez que o impacto desta crise reverbera de forma ampla na história da família, trazendo a possibilidade de rompimentos. Os membros desta família podem apresentar dificuldade em identificar os problemas como sendo apenas uma parte de suas vidas e identificar partes saudáveis com a possibilidade de se movimentarem de forma criativa, permitindo a continuidade e autonomia dentro do sistema familiar (KRÜGER; WERLANG, 2010).

Em relação aos profissionais da saúde, faz-se necessário acolhimento, escuta qualificada e valorização do que é percebido pelos profissionais. A escuta oportuniza ao profissional nomear os sentimentos, tornando-o mais consciente dos sentimentos que o acompanham, como raiva e impotência, por exemplo. Ao se apropriar do incômodo, uma vez que uma pessoa insiste em acabar com a vida, negligência os esforços destes profissionais. Através da escuta, acolhimento e valorização, o profissional pode

ressignificar essa experiência, de modo que não lhe soe como uma perda de tempo, mas como uma peculiaridade do paciente, devido ao estado de vulnerabilidade psíquica em que se encontra. Tudo isso proporciona ao profissional a oportunidade de compreender as tentativas pelo olhar do paciente e não apenas pelo seu próprio olhar, desenvolvendo assim, empatia (TORO *et al.*, 2013).

5 Considerações finais

É fato que o hospital prioriza atender demandas médicas, relacionadas com a preservação da vida. Contudo, diariamente é percebida a importância do trabalho em equipe, no qual a presença do profissional da psicologia contribui para a transformação de atitudes corriqueiras e ações solidárias e mais humanas.

Portanto, a existência de um conflito neste campo relacional está no entre do organismo e o meio, que determina a neurose. Ou seja, os mecanismos neuróticos de defesa são constituídos a partir da interação e contato do indivíduo com o meio. Surgem do bloqueio no processo de contato, isto é, da incapacidade de encontrar e manter um equilíbrio entre o homem e o campo que o cerca.

Pelo ajustamento criativo o indivíduo busca satisfazer suas necessidades mais urgentes, ou seja, busca a autorregulação do organismo. Em contrapartida, o ajuste funcional pode se tornar cristalizado, assumindo uma característica disfuncional, de modo a bloquear o ciclo de autorregulação, incapacitando o indivíduo de satisfazer suas necessidades e colocando-se em desequilíbrio.

Faz-se necessário intervir nestes ajustamentos interrompidos no campo. Para tanto, é importante dar luz ao que o indivíduo tem de saudável, dar vistas às suas potencialidades, para que ocorra a restauração de sua autonomia de ajustes funcionais, com o resgate da fluidez do fluxo figura e fundo, objetivando o processo de atualização e transformação. Ou seja, o retorno da criação, do novo.

A tentativa de suicídio é um fenômeno complexo, multicausal, afeta e impacta os indivíduos envolvidos. Nesse sentido,

a partir do discorrido, salientamos para os profissionais da saúde a importância de debater sobre o assunto, a fim de desmistificar. A fragilidade teórica somadas a conflitos pessoais resultam no não envolvimento do profissional da enfermagem, tornando relevante uma capacitação contínua da equipe de enfermagem, uma vez que a formação desses profissionais dá ênfase ao cuidar do corpo orgânico, com menos atenção às questões emocionais e comportamentais de saúde mental, que reflete na atuação no campo do trabalho.

Assim como se faz necessário suporte psicológico aos profissionais da saúde envolvidos nesse processo, faz-se também necessário este suporte aos familiares, aos sobreviventes de uma crise suicida, para serem acolhidos. É preciso acolher a essência de suas vidas, acolher sentimentos, pensamentos, acolher o sofrimento.

Empatia, sutileza e sensibilidade do olhar são essenciais, para abrilhantar a esperança, transcender as dificuldades em um momento de crise. Quem está em crise, está em busca de um mundo melhor ou fim do seu sofrimento diante da vida.

Sugere-se um protocolo de atendimento para pacientes internados por tentativa de suicídio, visto que, na instituição hospitalar, onde a prática de estágio ocorreu, não se faz presente. Esse protocolo direcionado para identificação de gerenciamento de riscos, deve abranger coleta de dados e histórico do paciente, considerando fatores psicológicos, psiquiátricos, e elementos preditores de repetição da tentativa de suicídio, para determinação de encaminhamento mais específico.

A implantação deste protocolo, por meio de um trabalho interdisciplinar, faz-se importante, haja vista que as informações coletadas não atendam apenas questões burocráticas, mas subsidiem intervenções mais assertivas. Com o envolvimento de uma equipe interdisciplinar, enfermagem, clínico geral, psiquiatra, serviço de psicologia e serviço social, possibilitaria a padronização de condutas dos profissionais e prevenção da reincidência de uma tentativa de suicídio.

Por fim, sugere-se a continuidade e realização de novos estudos, especialmente voltados para a escuta aos profissionais da

saúde no contexto hospitalar, diante das situações de tentativa de suicídio. Isso se faz necessário uma vez que, uma das limitações encontradas para desenvolver este artigo, foi a escassez de referencial destinado a atenção destes e a estes profissionais.

Referências

BANDEIRA, Célia Cristina de Albuquerque *et al*. Relação entre sistema self e camadas de neurose em gestalt-terapia. *Rev. NUFEN*, Belém, v. 10, n. 2, p. 91-107, ago. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 ago. 2021.

BORTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. de; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 87-95. 2010.

BOTEGA, N. J.; MAURO, M. L. F.; CAIS, C. F. S. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida - Supre Miss - Organização Mundial de Saúde. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. (Org). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 123-140.

BOTEGA. N. J.; Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP,* v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. *Prevenção de suicídio*: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde. Suicídio, saber, agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico,* v. 48, n. 30, 2017.

CARDELLA, B. H. P. *O amor na relação terapêutica: uma visão gestáltica*. São Paulo: Summus. 1994.

CARDELLA. B. H. P.; Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In. FRAZÃO. L. M. FUKUMITSU. K. O. *Gestalt-terapia*: conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014.

CARVALHO, Lílian Cherulli de; COSTA, Ileno Izídio da. A clínica gestáltica e os ajustamentos do tipo psicótico. *Rev. abordagem Gestalt*, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 12-18, jun. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 jun. 2021.

CASSORLA. R. M. S.; *Suicídio*: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher. 2017.

COSTA, L. C. C. I.; COSTA, I. I. O ajustamento do tipo psicótico. In FRAZÃO, L.M.; D'ACRI, G.; LIMA, P.; ORGLER, S. *Dicionário de Gestalt-terapia*: "Gestaltês". São Paulo: Summus Editorial, 2007.

FERRARI., J.; BARRETO. J. B. M. Quando o viver não vale mais a pena: a percepção do paciente suicida. *Pesquisa Em Psicologia - Anais eletrônicos*, 171–198. 2008. Recuperado de https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/pp_ae/article/view/19204

FONTÃO, Mayara Cristine et al. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, suppl 5, p. 2199-2205, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219. Acesso em: 4 jun. 2021.

FRAZÃO, L. M. Um pouco da história, um pouco dos bastidores. In: FRAZÃO, L.M.; FUKUMITSU, K.O. (Org.). *Gestalt-terapia*: Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013.

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos

contextos hospitalares. *Estud. psicol.*, Natal, v. 22, n. 1, p. 50-60, mar. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 jun. 2021.

FUKUMITSU, K. O.; Facetas da Autodestruição: suicídio, adoescimento autoimune e automutilização. In: FRAZÃO, L.M; FUKUMITSEU, K.O. (Org.). *Gestalt-terapia*: fundamentos e práticas – quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 2017.

FUKUMITSU, K. O.; Processos autodestrutivos: do luto do "antigo self" à reinvenção criativa do self. In: FRAZÃO, L.M. Frazão; FUKUMITSU, K.O. (Org.). *Gestalt-terapia*: fundamentos e práticas – enfrentamento de crises e fechando Gestalten. São Paulo: Summus, 2020.

FUKUMITSU, K. O. *Suicídio e Gestalt-terapia*. São Paulo: Digital Publish & Print, 2012.

FUKUMITSU, Karina O.; SCAVACINI, Karen. Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia, v. 19, n. 2, p. 198-204, dez. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 jun. 2021.

GINGER, S. A. *Gestalt*: uma terapia do contato. São Paulo, Summus, 1995.

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia USP*, 2014, v. 25, n. 3, p. 262-269. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140002. Acesso em: 3 jun. 2021.

FUKUMITSEU, K.O. (Org.). *Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2017.

KRÜNGER, L. L.; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, v. 15, n. 1, 2010, p. 59-70. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S 1413-

82712010000100007.

LIMA, P. V. A.; Autorregulação organísmica e homeostase. In: FRAZÃO; L. M; FUKUMITSU, K. O. (Org.). *Gestalt-terapia:* conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 31, suppl 2. S86-S93, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007. Acesso em: 26 agos. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MEIRA, Saulo Sacramento et al. Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00276108. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00276. Acesso em: 4 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Prevenção do suicídio*: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra: Organização Mundial de Saúde. 2000.

PERLS, F. S. *Gestalt-terapia explicada*. 11. ed. São Paulo: Summus, 1977.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da Saúde. *R. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83.

RIBEIRO, J. P. *Gestalt-terapia*: refazendo um caminho. São Paulo: Summus, 1985.

RIBEIRO, J. P. *O ciclo de contato*: temas básicos na abordagem gestáltica. São Paulo: Summus, 1997.

SANCHEZ, A. P. F.; MACHADO, F. C. L.; A neurose à luz da gestalt-terapia: uma reflexão sobre o ajustamento (dis) funcional do homem. *Revista Uningá Review*, [S.l.], v. 29, n. 2, fev. 2017. Disponível em: http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1951. Acesso em: 06 jun. 2021.

SILVA, G. F. A perspectiva gestáltica acerca das psicoses. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, v. 3, n. 5, p. 225-242, 7 mar. 2018.

TORO, Giovana Vidotto Roman *et al*. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicol. rev.,* Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 407-421, 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682013000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 jun. 2021.

VIANNA, Heraldo Marelim. *Pesquisa em educação*: a observação. Brasília: Plano, 2003.

VIDAL. C. E. L.; GONTIJO. E. D.; Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva,* v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

WING-WAU. C.; BORIS. G. D. J. B.; MELO. A. K.; SILVA, R; M. A decisão de tentar o suicídio sob a lente fenomenológico-existencial sartriana. *Estudos e Pesquisas em Psicologia,* v. 20, p. 1310-1330, 2020.

YONTEF, G. M. *Processo, diálogo e awareness*. São Paulo: Summus, 1998.

ZINKER, J. C. *A busca da elegância em psicoterapia*. São Paulo: Summus. 1997.

Capítulo 3

O QUE TRANSBORDA QUANDO A PALAVRA (FAZ) FALTA?

João Francisco Greff do Amaral
Laís Caroline Schröpfe

1 Introdução

Em meio a uma sociedade que apresenta uma intolerância em experienciar afetos como o luto e a tristeza, em decorrência de um ideal social que preza pela felicidade, a pandemia da Covid-19 se impôs, levando todos a se defrontarem com perdas e o real da morte. Pensando então, nas inscrições da pandemia na cultura, pretendemos discutir as noções de *afeto* e *desamparo* e como se deram os processos de *luto* nesse cenário, a partir da compreensão freudiana de *Luto e Melancolia (1917)*, pois apesar do texto ser escrito há 104 anos, o mal-estar provocado pela pandemia, enseja sua atualidade.

O vírus *SARS-CoV-2* se alastrou por todos os continentes trazendo efeitos nefastos, como milhares de mortes, o isolamento e o aumento das desigualdades, ou seja, uma crise sanitária, política, econômica e social. Iniciou-se uma série de perdas, das proximidades corporais, do convívio social, de projetos e de pessoas próximas. Esse cenário, segundo Birman (2021) tem um efeito devastador sobre as subjetividades, incidindo na saúde mental, tendo como resultado a depressão, o pânico, as perturbações psíquicas. "A pandemia do Coronavírus teve um efeito traumático sobre as subjetividades na medida em que a vida de todos foi colocada frontalmente em risco e a possibilidade de morte para os sujeitos se impôs de forma radical" (p.45, 2021).

Ainda segundo Birman (2021), o traço de invisibilidade do vírus intensifica o desamparo, que expõe o sujeito a uma angústia

do real que lhe torna traumático, então uma forma do psiquismo se proteger, seria tornando o invisível em visível assim como o indizível em discurso. Por isso, os acontecimentos, ocasionados pela crise pandêmica, convocam-nos, incessantemente, ao exercício de escavar, diga-se, garimpar respostas e adaptações aos colapsos emergentes. Assim, desde o início da crise sanitária e da declaração de que a então doença infecto respiratória caracterizar-se-ia, em março de 2020, nos moldes de uma pandemia, equipes de saúde e cientistas, dos diferentes segmentos epistêmicos, implicam-se na tentativa de compreender os impactos da Covid-19, como meio de dar contornos a esse invisível. Neste sentido, enquanto psicólogos, buscamos compreender quais as repercussões que o isolamento e as restrições sanitárias possam vir a provocar na subjetividade e saúde da população, visto que a escrita é uma das vias possíveis de elaboração ao desamparo que nos atravessa, para assim tentar estabelecer possíveis leituras do mal-estar subjetivo que inscreve-se a partir das condições epidêmicas atuais.

2 Luto e melancolia na atualidade

A sociedade contemporânea vive sob constante aceleração, na qual se produz imperativos de sucesso, felicidade e bem estar, aos quais os sujeitos tentam incessantemente alcançar, pois vislumbram ali a promessa de um gozo. Esse cenário, segundo Ramalho (2017), não tolera afetos como o luto e a tristeza, nem o saber que essas experiências podem carregar, assim, o declínio da introspecção e a velocidade imposta à vida subjetiva contemporânea, tornou urgente a superação de qualquer expressão de mal-estar, tornando-se imediatamente um transtorno a ser tratado, sendo uma das evidências desse fenômeno o uso recorrente do termo depressão, que já situa essa questão no campo da patologia, que visa a cura médica.

Todavia, apesar da intolerância à tristeza, a depressão apresenta crescimentos exponenciais, que parece ser resposta ao imperativo cultural. Nesse contexto capitalista, que preza pelo ideal de produtividade e felicidade, a pandemia se impôs levando

todos a se defrontar com o isolamento, a desaceleração, as perdas, a morte, o luto e a tristeza, que se inscrevem como traumáticos e por isso se faz necessário explorar as consequências psíquicas, oriundas das mudanças radicais dos contextos de vida, que atinge a toda sociedade.

Pensando então nas mudanças que a pandemia provocou, com cautela, poder-se-ia dizer que uma das mais prejudiciais, refere-se ao outro como ameaça em potencial, pois esse pode ser veículo de transmissão do vírus, situação que por sua vez se desdobra na impossibilidade dos rituais funerários, dado que o vírus sobrevive mesmo após o falecimento da vítima. Nessa situação, a família que estava separada há dias do sujeito internado, apenas pode vê-lo através de um vidro para que não ocorra contaminação. O corpo logo é colocado em um caixão que não pode mais ser aberto, onde somente os familiares mais próximos podem participar do sepultamento. Como destaca Cabral *et al.* (2021), nesse cenário não há espaço para a expressão da dor pelos ritos, orações e despedidas, tornando o luto em suspensão.

Cabe então destacar a importância do processo do luto e sua diferenciação da melancolia. Segundo Freud (1917) "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 [..] Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto;" (p.275). A melancolia aconteceria então pela incapacidade desse trabalho psíquico, por um fracasso na elaboração do luto. Freud expõe que:

> Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. Esse quadro torna-se um pouco mais inteligível quando consideramos que, com uma única exceção, os mesmos traços são encontrados no luto. A perturbação da auto-estima está ausente no luto; afora isso, porém, as características são as mesmas. O luto profundo, a reação à perda de alguém que

> se ama, encerra o mesmo estado de espírito penoso, a mesma perda de interesse pelo mundo externo — na medida em que este não evoca esse alguém —, a mesma perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor (o que significaria substituí-lo). (FREUD, 1917, p. 276).

Freud (1917) enfatiza que o luto e a melancolia apresentam os mesmos sintomas, com exceção da perturbação da autoestima, que estaria ausente no luto. "No luto é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia é o próprio ego" (1917, p.276). Ainda no texto, Freud (1917) menciona que a elaboração do luto consiste, no trabalho do reconhecimento da perda do objeto amado e por conseguinte na retirada de toda a energia libidinal do mesmo, para que essa possa ser reinvestida em novos lugares. Contudo, como processar um trabalho de luto quando não se pode ver o semblante da figura perdida, quando não se há espaços para a ritualização da perda e a construção de uma narrativa compartilhada das lembranças com a pessoa amada, que simbolizam a despedida. A impossibilidade dessas contingências leva ao trauma, ao desamparo.

2.1 Afeto e desamparo

Antes de refletirmos sobre a condição do desamparo [*Hilflosigkeit*], pensada ao longo da produção freudiana, conduzida pelo caráter de inerência ao processo constitutivo da subjetividade, necessitamos estabelecer algum parêntese com o conceito psicanalítico de afeto [*Affékt*]. Afeto enquanto energia, àquilo que escapa, na função de resto, do que havia sido recalcado pelo "estatuto" edípico – rememoração do que habita o inconsciente. Contudo, as inconsistências, na tentativa de qualificar o valor psíquico do afeto, aparecem em propostas descritivas e nas compreensões psicopatológicas. Em contrapartida, Pereira (2008) sugere que a psicanálise permite pensar o afeto nos moldes daquilo que escapa do discurso. Para tanto, falar de afeto seria afastar-se dele, assim, o afeto estaria imbricado à ordem do sofrimento, que tem de ver com o valor psíquico daquele que fala e, que narra sua tragédia.

Dito isto, tentamos aproximar os fenômenos de pânico, angústia e desamparo, neste tempo, como condições afetivas inscritas no campo da linguagem, em suas possibilidades exaustivas de reconstrução da experiência humana sobre transmissão e, também, na ausência de possibilidades de fazer discurso - quando a palavra falta. Não obstante, pensar o homem no mundo enquanto sujeito, que se marca pela linguagem e na linguagem, diz de um lugar de complexidade epistemológica, por tratar-se de termos e conceitos metapsicológicos. Pereira (2008) sustenta que o desamparo, ao passo da insuficiência psicomotora do bebê, está atrelado a "fragilidade fundamental" do psiquismo em construção. Contudo, o desamparo revela-se para além do biológico, enquanto condição *sine qua non* de ingresso no campo das relações humanas. O desamparo recobre o lugar de fragilidade da linguagem, no ato da experiência humana apresentada por outros, supostamente, capazes de emprestar signos ao sujeito em processo de constituição.

Entende-se, por ora, que o desamparo nasce no âmago da relação e na significação da constituição do sujeito. Para tanto, a partir desta fragilidade primária, estados afetivos, como o pânico, apresentar-se-iam na tentativa de simbolização daquilo que falta ao sujeito. Na ausência e carência da palavra, vive-se a experiência do trauma enquanto transbordar afetivo de algo da ordem do insuportável – indizível. Todavia, de que modo o afeto e o desamparo transbordam no luto e na melancolia que ecoa na iminente catástrofe biológica de uma pandemia estrangeira-à-quem?

2.2 O que transbordar quando a palavra falta?

A sensação recorrente de que algo falta - algo faz falta, situa-se na experiência em tempos de pandemia, enquanto esburacamento e carência da possibilidade de simbolizar a tragédia. A falta materializada na perda real do corpo biológico, entre colapsos, esvai-se e é apagada pelo ar que escapa. No entanto, o princípio da idiossincrasia impera em tempos que, apesar da catástrofe mundial, cada hemisfério procura encontrar formas de

lidar com o isolamento, a perda e o luto.

Pode-se dizer que quando a palavra faz falta, o que transborda é o resto, à medida que faz sombra de um indizível. O pânico, enquanto produto de um afeto que se recorda às avessas, sugere alguma tentativa de simbolização que recobre o ser de modo incompreensível e afirma a experiência de perda. Todavia, em qualquer tentativa de lidar com o sofrimento, há um esforço na prática de responder ao real insuportável.

Entende-se que na posição melancólica, o eu (ego) é capturado pela sombra de um objeto perdido. Tal como propôs Freud, esta sombra produz um verniz sobre o eu que, sensível, se perde enquanto sujeito e põe-se à procura de sua entidade perdida. Sobretudo, "o sujeito fica entregue a um estado melancólico e assim pode permanecer, caso a perda real não possa vir a ser reconhecida e transformada em uma invenção simbólica" (CABRAL *et al*. 2021, p.13)

No Brasil, a pandemia trouxe uma marca de mais de 580 mil mortos, mortes não nomeadas, tratadas com indiferença pelos agentes governamentais. Tal indiferença associada à impossibilidade da despedida e do encontro com o outro para construir uma narrativa sobre a pessoa perdida, produz o fracasso na elaboração de um luto coletivo. Sabe-se da importância de homenagear aqueles que se foram quando não se pode realizar os ritos que permitem o reconhecimento da morte, a oportunidade de se despedir, revisitar a história conjunta para ressignificar a partida traumática, função que é desempenhada pelos memoriais, que enquanto marcos históricos relembram as tragédias para que tais não mais ocorram. Neste sentido, a psicanálise nos demonstra a importância da elaboração subjetiva e coletiva que ofereça contorno ao não representável.

3 Considerações finais

O contexto pandêmico atravessa a todos trazendo imensuráveis consequências, pelas quais enquanto psicólogos nos percebemos convocados a pensar. O presente ensaio surge assim da tentativa de dar contornos a esse mal estar, através de conceitos

psicanalíticos, que convidam-nos a servir-se da literatura, na árdua tarefa de tensionar as precariedades cotidianas, em quaisquer tentativa de exercício de escuta e de leitura daquilo que (faz) dor.

A falta, em sua dimensão constitutiva do ser, revela que somos parte (pedaço) de uma obra inacabada. Sobretudo, a catástrofe biológica atual denuncia nossas fragilidades e representa o insuportável em sua faceta escópica viral. A experiência humana, sediada pela linguagem, evidencia que quando a palavra falta somos afetados por estados de pânico, desamparo e melancolia.

Nesse sentido, ressaltamos a importância da linguagem para tentar significar e elaborar a atual dimensão traumática. É preciso pensar e analisar a complexidade dessa catástrofe, sobretudo em sua dimensão política, sanitária, social e ética, para que se possa existir uma vida pós pandemia e assim tecer futuros.

Referências

BIRMAN, Joel. Trauma, angústia e melancolia na pandemia do Coronavírus. **La Revista de la Pátria Grande**, p. 44, 2021. Acesso em 01 set 2020. Disponível em: <http://www.novamerica.org.br/ong/wp-content/uploads/2021/06/0170a.pdf#page=45>.

CABRAL, Nelma et al. Luto e melancolização na pandemia do COVID 19. **Leitura Flutuante. Revista do Centro de Estudos em Semiótica e Psicanálise,** v. 13, n. 1, 2021.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**, In Obras completas, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico e Desamparo**. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

RAMALHO, Rosane Monteiro. Quando o eu é um nada. **Correio APPOA**. In Questões vivas sobre o luto e melancolia. Ed 270. 2017. Acesso em 01 set 2020. Disponível em: <https://appoa.org.br/correio/edicao/270/quando_o_eu_e_um_nada/512>.

Capítulo 4

É POSSÍVEL DESCOMPLICAR A MORTE NA PEDIATRIA?

Loredana Amaral Marzocchella
Luísa Todeschini Pereira Oliveira
Marcela Cardoso Nemitz
Maria Fernanda Moura da Cunha

1 Introdução

Apesar de a morte ser um evento normativo da vida, sua ocorrência não costuma ser experienciada com naturalidade. Diferentes fatores contribuem para esse cenário: a perda em si, a representação da morte para determinada sociedade, bem como o modo que cada indivíduo vive esse processo. Embora tenhamos conhecimento sobre a inevitabilidade da finitude humana, entrar em contato com essa realidade tem se mostrado uma temática complexa (NASCIMENTO; ROCHA, 2020; WORDEN, 2013).

A maneira de lidar e compreender a morte é, portanto, um reflexo da sociedade e da cultura de cada lugar. Na cultura brasileira a morte traz consigo inúmeros questionamentos e resistências, principalmente quando é necessário se confrontar com o final da vida das crianças. Nesse caso, a morte tende a ser vista como prematura e a situação torna-se delicada e dolorosa aos envolvidos: família, amigos e profissionais de saúde, sobretudo quando não autorizados a dialogar sobre a realidade da morte presente em todas as fases do desenvolvimento humano (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Com o avanço da ciência e da medicina, os hospitais ganharam espaço nas batalhas para os tratamentos, na cura e no prolongamento da vida. Mas, como questiona Nascimento

e Sales (2017, p. 7) "Quais as consequências deste percurso da morte no hospital e o avanço tecnológico, relacionados até então para se compreender o espaço hospitalar como lugar da morte na atualidade?". A partir dessa reflexão e tantas outras que permeiam a prática da psicologia hospitalar surgiram diversas indagações como: "Qual espaço ocupa a morte em um hospital pediátrico?"; "Como o luto antecipatório atravessa a vida das famílias de crianças hospitalizadas?"; "Como os profissionais podem se preparar para lidar com a morte de crianças?". E ainda, para guiar o atual estudo: "Como a atuação do psicólogo pode contribuir para o enfrentamento da morte de crianças no contexto hospitalar?".

Para tanto, o presente capítulo tem por objetivo descrever as práticas do serviço de psicologia de um hospital pediátrico, do sul do Brasil, que visam a contribuir com o enfrentamento da morte de crianças por parte de seus familiares e dos profissionais de saúde. À consecução do estudo serão apresentados conceitos baseados na literatura científica interligados com o relato de experiência da atuação de psicólogas hospitalares pediátricas.

2 Representação da morte em pediatria

Cabe iniciar este trabalho buscando compreender aspectos abrangentes em torno do processo do óbito infantil e das características representativas envolvidas. Segundo Medeiros e Lustosa (2011), atualmente o hospital configura-se como o lugar mais apropriado para se morrer. No contexto pediátrico, a morte parece ser um evento ainda mais complexo a ser enfrentado, não só pelo paciente, que possui um repertório menor de enfrentamento, mas principalmente pelos familiares e equipe que o assiste.

Melo e Vale (2014) apontam que, em nossa sociedade, a criança que morre teria seu ciclo de vida e descobertas interrompidas, na qual os pais veriam a perda do filho relacionada à morte de todos os sonhos, expectativas e projetos relacionados a ele. Brown (1995) reforça que a morte de um filho é considerada, pela maioria das pessoas, como a maior tragédia da vida, como um evento completamente fora do lugar no ciclo natural da família, atrelando

não só o impacto causado pela interrupção da projeção familiar em relação às crianças, como também o investimento emocional gerado pela criação dos filhos.

Já em relação às dificuldades enfrentadas por membros do grupo, Pampulha (2013) realizou um estudo com profissionais de uma equipe pediátrica, em que se buscou desvelar a relação dos pacientes com cuidados paliativos. Além do despreparo, a pesquisa cita ainda a negação da morte, comportamentos de obstinação em busca da cura, dificuldades no enfrentamento do luto e também na aceitação do óbito infantil.

3 Morte na pediatria: indo além do luto complicado

A morte, por si só, é um fenômeno complexo e de múltiplas interfaces. Da mesma forma, o luto, em decorrência da perda por óbito, também passa a ser um fenômeno importante de ser estudado, na tentativa de minimizar os danos psíquicos que podem surgir e favorecer o seu processo de elaboração saudável.

O luto não é um estado, mas um processo e, por isso, normalmente procede oscilando entre a dor e a realidade da morte. As perturbações emocionais, cognitivas, sociais e comportamentais podem variar de alterações quase imperceptíveis a uma profunda angústia e disfunção. Geralmente, esse período agudo inicia nos primeiros meses da morte até a elaboração, de forma que a pessoa enlutada retome sua rotina e os hábitos que levava (ZISOOK; SHEAR, 2009).

O luto se torna complicado quando os processos assumem um caráter aparentemente irreversível, integrando-se em diferentes partes da vida do indivíduo, impossibilitando que esse consiga se reorganizar (KOVÁCS, 1992; MICHEL; FREITAS, 2019). Nessas situações, "a expressão emocional deve ser permitida abertamente, não se considerando a necessidade de medicalizar o fato. O enlutado deve ser livre para expressar seus sentimentos de raiva e angústia" (OLIVEIRA; LOPES, 2008, p. 219).

Inúmeros fatores podem contribuir para que a elaboração do

luto seja caracterizada como complicada, como, por exemplo, se a morte ocorre de forma abrupta, por meio da violência, acidentes de trânsito, afogamentos ou suicídio. Da mesma forma, o falecimento de uma criança também tem esse potencial complicador para as famílias, podendo gerar a necessidade de maiores recursos de enfrentamento para lidar com a situação e, assim, passar pelo processo de elaboração do luto de maneira saudável (VILAR, 2019).

Por outro lado, em nossa prática, observa-se que a maioria das mortes ocorridas no hospital se dá de forma previsível. Nossa realidade é compatível com um levantamento citado por Piva *et al.* (2010), no qual a maioria dos óbitos que ocorrem em Unidades de Terapias Pediátricas (UTIP) apresentam algum tipo de limitação de suporte vital, denotando ser uma morte esperada. Nesse sentido, a previsibilidade pode representar uma possibilidade de intervenções com potencial de atenuar os complicadores relacionados à morte.

O luto antecipatório é definido por Fonseca (2012) como um fenômeno que pode favorecer uma adaptação à situação vivenciada tanto para o paciente quanto para a família, permitindo que haja uma preparação emocional e cognitiva para a ocorrência da morte, pelo fato de ser entendido como um processo que ocorre de forma dinâmica e não linear. Da mesma forma que o processo de luto normal, o luto antecipatório também apresenta "... reações intensas e sobrepostas de choque e negação, ansiedade e busca, desorganização e desespero, recuperação e reorganização" (PRADE; CASELLATO; SILVA, 2008, p. 154).

Kovács (2008) aponta que o luto antecipatório envolve perdas vivenciadas pelo adoecimento e que, ao se trabalhar este luto, busca-se dar sentido para a dor expressada, além de ter um caráter preventivo para o luto após a morte propriamente dita. Um aspecto a ser considerado no luto antecipatório no contexto hospitalar é o foco temporal, uma vez que, diante de um diagnóstico de terminalidade, a experiência de enlutamento é influenciada por perdas passadas, pelas atuais, assim como pelas perdas futuras (FONSECA, 2012). Deve-se, ainda, respeitar os sentimentos, pensamentos, crenças, valores e princípios que cada

pessoa envolvida nessa vivência apresenta.

Na prática das unidades de cuidados paliativos e na UTIP, percebe-se o surgimento de reflexões acerca da vida e da morte a todo o momento, contextos em que se depara com uma doença grave e potencialmente fatal. Além disso, a realidade imposta pela doença e o tempo prolongado para a morte é um dos principais fatores que afeta a saúde mental e a organização familiar. Portanto, a família do paciente deve ser assistida e suas demandas levadas em consideração para garantir que consiga lidar com suas próprias necessidades e as do paciente, prevenindo possíveis dificuldades na elaboração do luto (MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017).

4 Há vida antes da morte

Um dos fatores de proteção para a vivência de lutos complicados se dá através de ações em vida, sobretudo de bebês que nascem sem a possibilidade de estarem em casa, permanecendo apenas, ou por longos períodos, no hospital. Segundo os Melo *et al.* (2020), a pouca familiaridade dos cuidadores ao ambiente hospitalar e suas regras institucionais, atreladas ao luto do bebê idealizado podem afastar a realização de hábitos culturais considerados usuais a crianças recém-nascidas como a confecção do livro do bebê, o registro de fotos, práticas religiosas, a comemoração de "mesversários" e aniversários. Além disso, diante de uma internação hospitalar, paciente e familiar afastam-se de referenciais pessoais e sociais, muitas vezes ficam impossibilitados de participar das manifestações culturais da sociedade como feriados e datas festivas (LOPES; PAULA, 2012).

Dentre as práticas realizadas pelo serviço de psicologia hospitalar, a celebração dos "mesversários" é a mais usual, em que as profissionais confeccionam cartões personalizados e compartilham com a equipe assistencial responsável pelos cuidados daquele paciente para escreverem mensagens de felicitações. Comumente, os familiares utilizam os cartões para enfeitar os leitos dos bebês. Já as comemorações de aniversários, o serviço de nutrição prepara um

cupcake conforme a dieta e restrições alimentares daquele paciente.

Diferentes setores do hospital, sobretudo a psicologia, o serviço de pedagogia e a associação de voluntários, buscam festejar as datas comemorativas. As festividades, conforme o evento é realizado com decorações ao longo do hospital, e oferecidas lembranças a pacientes e familiares ou festas específicas, geralmente ocorrem na área solar da instituição. Segundo Lopes e Paula (2012), as festas no ambiente hospitalar servem como distração e possuem um caráter terapêutico e educativo na inclusão das crianças em suas culturas.

Outra intervenção é o diário do bebê, em que as informações podem ser preenchidas tanto pela equipe quanto pelos familiares. Esse item é personalizado e disponibilizado espaço para recados dos genitores, irmãos e profissionais, preenchimento de fotos, carimbos dos pés ou mãos, colagem de cabelos e pulseiras da maternidade.

Já o registro de fotos ocorre em distintos momentos, tanto na rotina das unidades: durante o primeiro banho, primeira refeição, avanços das sessões de fisioterapia, visitas de familiares, atividades lúdicas e celebrações. Outro objetivo relevante dos registros fotográficos ocorre nos momentos em que os familiares não podem estar presentes devido à hospitalização da genitora na maternidade ou ao distanciamento da cidade de origem da família. Nessas situações, quando solicitado pelos responsáveis, a equipe de psicologia realiza esses registros e envia aos parentes através do *whatsapp* do setor.

5 Há sempre o que se aprender sobre a morte

Como já abordado anteriormente, a morte ainda é um tabu e, no imaginário de alguns indivíduos, falar sobre esse tema pode ser interpretado como atração ou desejo para a morte (ROCHA; FONSÊCA; SALES, 2019; KÜBLER-ROSS, 1969). Um dos papéis da psicologia é possibilitar acolhimento e escuta sem julgamentos para que os pacientes e seus familiares exponham pensamentos e dúvidas acerca deste tópico. As psicólogas viabilizam que muitas mães tenham espaço para relatar seus desejos sobre as cerimônias de despedida e até mesmo sobre a roupa que gostariam que o filho

usasse no funeral, além de conjecturar sobre medos e anseios de uma rotina sem a presença dos seus entes queridos.

São frequentes dúvidas e hesitações de como abordar a morte com demais crianças envolvidas no contexto, como os irmãos, e se esses devem participar de todas as etapas culturais vinculadas à despedida do paciente. A sugestão de recursos lúdicos e o compartilhamento de conteúdos sobre o assunto são de suma importância para auxiliar nesse momento já tão delicado e fragilizado. (LEAL; MOREIRA, 2017).

A psicoeducação sobre o óbito infantil e suas particularidades costuma ser uma demanda dos profissionais de saúde, tendo em vista que o hospital ainda funciona sob o viés biomédico e a educação em saúde é frequentemente pautada no caráter curativo. Percebe-se que muitas vezes os profissionais se encontram pouco capacitados teórica e emocionalmente para lidar com essa demanda (LEITE; MONTELO, 2021; SOUZA; CONCEIÇÃO, 2018). Diante do exposto, o setor de psicologia leciona, especialmente aos residentes de pediatria, sobre os diversos ângulos envolvendo o falecimento de crianças e adolescentes e as repercussões à equipe envolvida e familiares.

6 Morte na pediatria: rituais e rotinas de acolhimento

São muitas as ações do psicólogo hospitalar que podem contribuir de forma direta e indireta para o enfrentamento do desfecho da morte. De acordo com Imber-Black (1998), os rituais, compostos por metáforas, símbolos e ações servem para muitas funções: marcar a perda, ratificar a vida de quem morreu e favorecer a expressão do sofrimento e a atribuição de sentido à morte e à vida. Ainda para o autor, os rituais que ocorrem ao longo da vida familiar, como nascimentos e aniversários, também abrem caminhos para os lutos e suas elaborações. Quando se trata da morte de um indivíduo que viveu pouco e não concretizou todos os rituais esperados pela família, tornam-se necessárias estratégias que deem luz a essa existência. Dessa forma o registro dos momentos em vida, as comemorações dos pequenos eventos podem fornecem

uma base para que os momentos de despedida aconteçam, afinal, para dizer adeus, é necessário que as boas vindas tenham existido.

Em uma pesquisa acerca do suporte relacionado ao luto de pais que vivenciam a perda do filho neonato, Lari *et al.* (2018), trazem achados em relação a momentos anteriores e posteriores à morte dos filhos. Os autores relatam a formação de memória da criança que morreu como atividade fundamental para trazer conforto no processo de luto, assim como a possibilidade de os pais terem contato com a criança que faleceu antes do enterro. A inserção do bebê na memória familiar engloba ações como: tirar fotos, marcar os pés, guardar roupas e cobertores usados por ele. Ainda nesse estudo, tais tipos de intervenções trazem benefícios como menos emoções negativas durante o processo de luto, formando a identidade e personalização do bebê.

Em sua pesquisa, Moreira (2018) também encontrou evidências da importância das intervenções entre familiares e filhos, sobretudo das vivências maternas frente aos recursos fotográficos do filho que foi a óbito. Os resultados revelaram que a fotografia surge como instrumento importante no processo de ressignificação da perda e posicionamento frente ao sofrimento. Ainda que a relação com as imagens seja singular, é possível constatar o interesse por preservar as imagens como forma de manter o filho vivo e presente no cotidiano familiar. Ainda na mesma pesquisa, os pertences são citados como auxiliares no manejo da dor.

Salienta-se ainda que, para Lari *et al.* (2018), as relações emocionais formadas com o bebê no período em que estava vivo dão origem aos laços entre pais e filhos. Pais com momentos bons juntos ao filho, evidenciam completude emocional; enquanto pais que vivenciaram momentos de sofrimento durante a vida do filho percebem tristeza intensa.

No contexto hospitalar quando há um sinal de desfecho de morte para a criança, acende-se a necessidade de promover, além de uma morte digna, as despedidas, rituais e lembranças daquele paciente. Cada plano de despedida é organizado conforme a singularidade da criança e sua família. Braga e Morsch (2003) ressaltam a importância de se ater ao desejo e processo de cada

família, reforçando a importância de que todas as possibilidades de despedida sejam ofertadas. Os mesmos autores recomendam que, se possível, os pais fiquem a sós com o filho para se despedirem.

Em nossa prática percebemos que, quanto mais precoce o acompanhamento psicológico da família, mais significativos serão os rituais de despedida. Destaca-se, ainda, que o envolvimento da equipe assistencial com o caso também será proporcional ao seu envolvimento nos rituais, fornecendo indicativos de que os mesmos, muitas vezes, podem ser extensivos à equipe. Além de proporcionar os arranjos necessários à ocorrência dos batizados, visitas e proximidade da criança com a família, a equipe participa da busca de todos os objetos e memórias criadas no hospital. Nos casos em que foi confeccionado o diário do bebê, concede-se que a equipe escreva mensagens de despedida e carinho para as famílias.

Além dos registros e rituais trazidos como necessários pela família, o serviço de psicologia, em parceria com voluntárias, oferta uma dupla de corações. Os corações simbolizam o amor e também a união entre pais e filhos. Sugere-se que um seja enterrado com a criança e outro fique com a família, funcionando, assim, como uma troca de objetos simbólicos entre eles (BRAGA; MORSCH, 2003). Diante da impossibilidade de despedidas físicas, como ocorrem nas mortes por COVID-19, é ofertado que a família escreva cartas para serem colocadas dentro do bolso do coração que permanecerá com a criança.

Outra estratégia no atendimento a famílias que perderam seus filhos refere-se ao seguimento após o óbito, como grupos de apoio. Para Lari *et al.* (2003), os grupos favorecem formas de recordação, expressão e elaboração da situação. Atualmente, no hospital em que trabalhamos, a equipe de oncologia tem a modalidade de acompanhamento com a presença da psicóloga da unidade, membros da equipe e familiares.

Diante da relevância do seguimento pós-óbito da criança e da impotência estrutural do serviço para a oferta de atendimentos, a equipe de psicologia fornece à família um fôlder alusivo ao processo de luto. O material é composto por informações relacionadas às reações esperadas no enfrentamento do luto no adulto e na criança,

além de fornecer uma lista de locais que apoiam pais enlutados. Embora a informação escrita não substitua a intervenção profissional, a qual muitas vezes naturaliza, contextualiza e valida uma reação, o esboço na escrita tem como objetivo trazer à tona o reconhecimento de seu processo de enlutado.

7 Considerações finais

Este estudo permitiu compreender a importância do papel do psicólogo diante da morte em pediatria através das diferentes intervenções que possibilitam a familiares e crianças dialogar, dar sentidos e novos significados ao caminho entre a vida e a morte no contexto hospitalar. Espera-se que as ações em vida, assim como o manejo e acolhimento frente ao óbito, possam ser compreendidas como parte essencial do trabalho hospitalar, para além de uma função exclusiva do psicólogo.

Para isso, é necessário naturalizar a discussão sobre a morte, sobretudo em pediatria. Logo, torna-se indispensável fomentar a educação permanente que oportunize a equipe de profissionais lidar com o tema com menos ansiedade e sofrimento e, ainda, maior atenção ao cuidado humanizado no processo de morrer, facilitando a elaboração de um luto saudável. Cabe salientar que as intervenções de celebração da vida, possibilitam uma gama de experiências e diversidade de memórias, muitas das quais remetem a emoções positivas, minimizando situações possivelmente traumáticas, as quais costumam estar associadas à hospitalização.

Com base no exposto, sugere-se que mais intervenções possam ser realizadas nos ambientes hospitalares e compartilhadas em artigos científicos ou livros para que o conhecimento seja disseminado e possa agregar em diferentes equipes qualificando o atendimento integral aos pacientes e familiares. Entende-se que é através do debate sobre a morte que se gera reflexão sobre a vida, pois a morte suscita movimento para vida e não existe uma sem a outra.

Referências

BRAGA, Nina de Almeida, MORSCH, Denise Streit. Quando o Bebê Morre. In MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes, L., BRAGA, Nina de Almeida e MORSCH, Denise Streit. (Orgs.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 157-170, 2003.

BROWN, Fredda Herz. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In. CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre, v. 2, Artes Médicas, p. 393-414, 1995.

CARVALHO, Jeane Silva; MARTINS, Alberto Mesaque. A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 129-142, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2021.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010. Acesso em: 10 set. 2021.

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**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004. Acesso em: 30 ago. 2021.

FONSECA, José. Paulo da. **Luto Antecipatório**. São Paulo: PoloBooks. 2012.

IMBER-BLACK, Evan. Os rituais e o processo de elaboração. In: Walsh, Froma; McGoldrick, Monica (Orgs.). **Morte na família: Sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 229-

245, 1998.

KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação, In: Kovács, Maria Júlia. (Org.). **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção.** 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, 2008.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 10. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

LARI, Larissa Rodrigues, SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda, CARMONA, Elenice Valentim, LOPES, Maria Helena Baena de Moraes, CAMPOS, Claudinei José Gomese. Suporte aos pais que vivenciam a perda de filho neonato: revisão de literatura. **Aquichan**, Bogotá, v. 18, n. 1, p. 80-94, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000100080&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2021.

LEAL, Rita Maria Ferreira; MOREIRA, Isabel Celina. Morte fetal na família: como podemos ajudar? Uma revisão sistemática de literatura. **Anais do VI Congresso Internacional ASPEM: a pessoa, a família, a comunidade e a saúde mental.** Açores: Unicentro, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rita-Leal-2/publication/317499959_Morte_fetal_na_familia_Como_podemos_ajudar/links/593c26aba6fdcc17a9ed440e/Morte-fetal-na-familia-Como-podemos-ajudar.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

LEITE, Mayra Rodrigues; MONTELO, Nádia Maria Silva. Profissionais de saúde e sua relação com a morte e o morrer de pacientes em UTI. **Revista eletrônica acervo saúde**, v. 13, n. 2, p. e6060, 2021. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6060/4024. Acesso em: 16 set. 2021.

LOPES, Bruna Alves; PAULA, Ercilia Maria Angeli Teixeira de. O significado das festas em uma brinquedoteca hospitalar: promoção da saúde, da cultura e da vivência da infância para crianças enfermas. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 168-193, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 11 set. 2021.

MACHADO, Érica. O luto no contexto hospitalar. **O portal dos Psicólogos**, Portugal, 2015. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0878.pdf. Acesso em: 05 set. 2021.

MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, 2011. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013. Acesso em: 02 de set. 2021.

MELO, Luciane Lione de; VALLE, Elisabeth Ranier Martins. Vivências de uma criança com câncer hospitalizada em iminência da morte. In: VALLE, Elisabeth Ranier Martins. **Psico-oncologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MELO, André Luiz Brito de *et al*. Perception of parents of children admitted to the Intensive Care Unit about the Unit's routines. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e75996296, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6296. Acesso em: 05 set. 2021.

MICHEL, Luís Henrique Fuck; FREITAS, Joannelise Lucas de. A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian. **Psicologia USP**, v. 30, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-6564e180185. Acesso em: 04 set. 2021.

MONTEIRO, Mayla Cosmo; MAGALHÃES, Andrea Seixas; MACHADO, Rebeca Nonato. A morte em Cena na UTI: A Família Diante da Terminalidade. **Temas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25. n. 3, 2017. Disponível em: https://doi.

org/10.9788/TP2017.3-17Pt. Acesso em: 05 set. 2021.

MOREIRA, Rebecca Barata. **Vivências de mães em luto e as fotografias do filho falecido: posicionamento frente a dor do passado eternizado em imagens**. 138f. Dissertação de Mestrado-Programa de pós-graduação em Antropologia. Universidade Federal Pará, Belém, 2018. Disponível em: https://ppgp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/Turma%202016/DISSERTA%C3%87%C3%83O_MOREIRA,%20R.%20B.%202018.pdf. Acesso em: 02 set. 2021.

NASCIMENTO, Luciano Lima do; **A análise da morte a partir de um prisma psicológico.** Orientador: Roberto Lopes Sales. 2017. 17f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Faculdade de Psicologia, Centro Universitário Tiradentes. Maceió, 2017. Disponível em: https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3201/AN%c3%81LISE%20DA%20MORTE%20A%20PARTIR%20DE%20UM%20PRISMA%20PSICOL%c3%93GICO%2020.11.pdf?sequence=1. Acesso em: 02 set. 2021.

NASCIMENTO, Nara Goreti do; ROCHA, Marco Aurélio. Algumas contribuições da psicologia nas estratégias de enfrentamento da perda e morte. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 92156-92170, 2020. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/20500/16389. Acesso em: 02 set. 2021.

OLIVEIRA, João Batista Alves; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pe/a/5kLfmShkb6bnsd5Jw7b5S6f/abstract/?lang=pt. Acesso em: 02 set. 2021.

PAMPOLHA, Simone dos Santos Abraão. **"Criança não deveria morrer": significados atribuídos por profissionais de saúde ao paliar crianças em iminência de morte**. Orientadora: Airle Miranda de Souza. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de

Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2013.

PIVA, Jefferson Pedro; GARCIA Pedro Celiny Ramos; LAGO, Patrícia Miranda. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 1, p. 78-86, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000100013 Acesso em: 12 set. 2021.

PRADE, Cristiane Ferraz; CASELLATO, Gabriela; SILVA, Ana Lucia Martins da.. Cuidados paliativos e o comportamento perante a morte**.** In: Knobel, Elias; Andreoli, Paola; Erlichman, Manês.(orgs.) **Psicologia e humanização:** assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu. 2008.

ROCHA, Ana Paula Carvalho; FONSÊCA, Leylanne Cavalcante da; SALES, Roberto Lopes. Dialogando sobre a morte como forma de prevenção do luto mal elaborado. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 8, n. 12, 2019. Disponível em: https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1054. Acesso em: 06 set. 2021.

SOUZA, Priscila dos Santos Neris de; CONCEIÇÃO, Alexandra de Oliveira Fernandes. Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 12, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422018261234. Acesso em: 15 set. 2021.

VILAR, Beatriz Soares. **Há tempo para o luto? O impacto de realizações de tarefas pós morte no processo de luto.** Orientadora: Doutor David Dias Neto. 2019. 34f. Dissertação. (Mestrado) - Psicologia da Saúde. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da vida. Lisboa. Portugal, 2019. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.12/7427. Acesso em: 10 set. 2021.

WORDEN J. William. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto:** um manual para profissionais da saúde mental. São Paulo: editora Roca, 4º ed., 2013.

ZISOOK, Sidney; SHEAR, Katherine. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. **World Psychiatry**, v. 8, p. 67-74, 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691160/. Acesso em: 02 set. 2021.

Capítulo 5

MORTE SOCIAL NO ENVELHECIMENTO E SEU IMPACTO NO CUIDADO DE SAÚDE DE IDOSOS

Gabriela de Lima Bastos
Ana Carolina Duarte Coelho
Priscila Schneider

1 Introdução

Começamos a envelhecer nos olhos das outras pessoas, e então, lentamente, passamos a pensar como elas

*(*MALCOLM COWLEY).

O envelhecimento pode ser compreendido, de acordo com Neri (2014), como o processo natural e universal concorrente ao desenvolvimento, influenciado por eventos biológicos, psicossociais e não normativos (não esperados). É um processo natural e esperado do ser humano, e tem como sua conclusão a morte. O padrão de envelhecimento é heterogêneo e pode ser vivenciado de formas diferentes a partir de diferentes contextos sociais em que a pessoa está e esteve inserida durante toda a sua vida; ou seja, a velhice, apesar de determinada por influências genético-biológicas, tem uma característica predominantemente ambiental e subjetiva.

> O envelhecimento é um processo multidirecional, isto é, não é caracterizado por processos isolados de crescimento e declínio. Existe considerável sobreposição entre os vários aspectos do desenvolvimento, as mudanças podem assumir diferentes direções, inclusive crescimento num domínio e declínio em outro. (NERI, 2014, p. 152).

Sendo assim, o envelhecimento é um processo natural e esperado, assim como a morte. No entanto, a visão social de que o idoso está no limiar da finitude proporciona um descuido deste, propiciando certa negligência e falta de cuidados da família, cuidadores e profissionais da saúde que estão inseridos em sua vida. Assim desenvolve-se o termo morte social, que surge a partir de um estudo sobre os processos sociais que envolviam a morte a partir de observações em hospitais, presumindo que o valor social dos pacientes que estavam perto da morte determinava como estes eram tratados pela equipe médica e quanto esforço era investido para revivê-los; conduzido através da ação de outras pessoas que os tratam como se já estivessem falecidos embora clinicamente e biologicamente ainda estivessem vivos (KRÁLOVÁ, 2015, p. 235). A partir desta perspectiva desenvolve-se a discussão sobre a morte social no envelhecimento e o impacto que gera na saúde do idoso. Então, o objetivo geral deste estudo foi discutir o sentido de morte social no envelhecimento e seu impacto no cuidado de saúde de idosos. Para tanto, teve-se como objetivos específicos: Avaliar na literatura de que modo os velhos ou envelhecentes são (des) cuidados em função de uma visão de que o idoso está no final da vida; Discutir a inclusão social do idoso e morte social e sua relação com o ideal de produtividade; Avaliar o impacto da morte social na organização da atenção em políticas de saúde voltadas ao idoso.

O caminho metodológico adotado aqui foi o de uma revisão narrativa, em que buscou-se discutir esses objetivos a partir de literaturas científicas a respeito do envelhecimento, da morte em perspectiva psicossocial e de políticas públicas voltadas ao envelhecimento. Nesse tipo de revisão, a busca e análise da literatura são realizadas de modo arbitrário e exploratório, sem critérios explícitos e sistemáticos, bem como não há pretensão de esgotar as fontes de informação sobre o assunto estudado (FERENHOF; FERNANDES, 2016).

Vale destacar que esse estudo se justifica pelo fato de que a população de modo geral está envelhecendo, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Há um processo de transição demográfica provocado por queda nas taxas de mortalidade

e de natalidade especialmente no século XX (NUNES, 2021). Junto à transição demográfica observa-se também uma transição epidemiológica, na qual há um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, junto a causas externas. Contudo, o perfil epidemiológico presente no Brasil é caracterizado como modelo de tripla carga de doenças, ou seja, percebe-se uma coexistência de a) doenças infecciosas e relacionadas à desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; b) doenças crônicas e seus fatores de risco; e c) as causas externas, como situações de violência, acidentes e homicídios (MENDES, 2011; PEIXOTO, 2020), que reflete a situação de desigualdades e dificuldades de desenvolvimento econômico e social do país. Com isso, tem aumentado as demandas de cuidado dos idosos no âmbito familiar. Tal questão traz à tona paradoxos relacionados ao envelhecer e à morte tais como a responsabilidade da família relativa ao cuidado, as condições precárias para o seu exercício e a falta de apoio ou incentivo em políticas públicas voltadas a essa questão. Por isso, a discussão a respeito das implicações do processo de envelhecer na sociedade é tão premente.

2 (Des)cuidado de velhos ou envelhecentes

O idoso ou qualquer pessoa em caminho à velhice aparenta caminhar em direção à morte, o que é um fato inevitável. Porém, a morte no seu sentido social para muitos experimenta chegar antes. A tanatologia e a geriatria definem essa morte social como um fenômeno complexo concentrado, especialmente, na perda de papéis e identidade social, de capital e de redes de apoio (KRÁLOVÁ, 2015, p. 236). Assim, o indivíduo é despido de sua autonomia e de seu status perante a sociedade: conexões sociais são rompidas, incapacidades físicas parecem denotar a desintegração do corpo, e toda privacidade e independência que caracterizava a existência do indivíduo passa a ser ameaçada ou ignorada por aqueles ao seu redor. Biehl (2004) aponta que esses fenômenos são causados pela inaptidão do indivíduo aos olhos do outro: a sociedade o vê como alguém praticamente morto, e ele mesmo

pode acabar reproduzindo essa ideia.

Desta forma, há um olhar para a pessoa a partir da velhice a ser desacreditado em relação às suas capacidades cognitivas e físicas, e nem sempre parece haver um desejo de investimento em relação a isso. O processo de envelhecimento pode ser considerado um fenômeno recente em relação à história da humanidade: de acordo com Oliveira e Anderson (2020), até o século XX, o tempo médio de vida era em torno de 40 anos. Ao longo dos anos o envelhecimento passou a ser mais evidente, mas os estigmas ligados ao tema parecem constantes. Um estudo acerca do envelhecimento, finitude e morte desenvolvido pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) em 2020, aponta que os idosos associam ficar velho à inutilidade, à falta de atividades ou falta de vontade/disposição para atividades cotidianas ou de trabalho e à dependência de outras pessoas para atividades de vida diária (OLIVEIRA e ANDERSON, 2020, p. 06). O mesmo estudo demonstra que o envelhecimento é associado às dificuldades ou limitações para atividades do dia a dia, com a finalização esperada do ciclo da vida.

No entanto, é importante destacar que o processo natural de envelhecimento e as perdas que ele abrange não são iguais para todos os indivíduos, tampouco são uma sentença definitiva para o fim da autonomia individual. Nesta perspectiva, Florida Scott-Maxwell, psicóloga, atriz e escritora descreve o processo de envelhecimento de uma forma natural, intensa e que atribui incertezas, dúvidas e receio perante as incapacidades:

> Nós que somos velhos sabemos que a idade é mais que uma invalidez. É uma experiência intensa e variada, quase além da nossa capacidade, às vezes, mas é algo para ser carregado bem alto. Se é uma longa derrota, é também uma vitória [...]; quando aparece uma nova incapacidade, olho em volta para ver se a morte já chegou, e digo em voz baixa: 'Morte, é você? Você está aí?' Até agora a incapacidade tem respondido: 'Não seja boba. Sou eu'. (FLORIDA SCOTT-MAXWELL apud VIORST, 2006, p. 294).

A caracterização intrínseca de que o ser humano é um ser biopsicossocial inclui a compreensão de que se é também, e principalmente, de acordo com Combinato e Queiroz (2006),

estruturado por aspectos simbólicos e valores que imprime às coisas. Esta subjetividade implica significados variáveis acerca de um mesmo tema, de acordo com diferentes visões e culturas. Assim, a compreensão do homem ocidental moderno acerca do envelhecimento e da morte é caracterizada, como fracasso, impotência e vergonha, e os esforços em se vencer este processo a qualquer custo e, por consequência, o fatídico fracasso, transforma-se em frustração e materializa-se na tentativa de esconder e negar tal processo. Ptah-hotep, filósofo-poeta egípcio, descreve, por volta de 2500 a.C, no considerado mais antigo texto relatado sobre a velhice, as dificuldades de tornar-se velho, as perdas subjacentes à idade:

> Como são difíceis e dolorosos os últimos dias de um velho! Fica mais fraco a cada dia; os olhos quase não veem, os ouvidos ficam surdos; a força desfalece; o coração não reconhece mais a paz; a boca silencia e não diz palavra. O poder da mente diminui e hoje não pode lembrar como foi ontem. Todos os ossos doem. Coisas que até pouco tempo eram feitas com prazer são dolorosas agora; e o paladar desaparece. A velhice é a pior desgraça que pode afligir o homem. (PTAH-HOTEP *apud* VIORST, 2006, p. 292).

O conceito de "morte em vida" contempla que algumas experiências vivenciadas ao longo do desenvolvimento humano apresentam analogia com a ideia de morte (COMBINATO e QUEIROZ, 2006, p. 212), sendo uma dessas experiências a impossibilidade de controle a si mesmo e a realidade. Por conseguinte, surge uma discussão acerca do que a sociedade estabelece como ideal e a exclusão do idoso com uma visão de que este não contribui mais para esta. Ademais, Viorst (2006) relata que mesmo recebendo a velhice de uma maneira saudável, todos têm de enfrentar a visão social do idoso, que em sua maioria, é visto como assexuado, sem força, inútil e fora do jogo. A autora ainda contribui com "a imagem idealizada dos avós amados e tranquilos, dos sábios avós, patriarcas e matriarcas de cabelos brancos e que a imagem oposta repele os idosos, relaciona a idade como decadência, decrepitude, uma dependência nojenta e sem dignidade" (VIORST, 2006, p. 295). A exclusão do idoso a partir

da visão moderna é discutida a partir do julgamento social que desencadeia o isolamento e a exclusão.

> Numa visão moderna, os velhos são encarados como um peso para a sociedade. Pessoas que recebem e não têm nada para dar. Pessoas cuja sabedoria da vida não é tão sábia e que não podem nos ensinar a viver. Pessoas cuja conversa se resume a tediosas inutilidades. Geralmente os velhos evocam aquilo que Ronald Blythe chama de "desagrado crescente" - e "um recuo físico e espiritual". Como um ataque adicional à auto-imagem do velho há o "problema profundo e abrangente", diz um especialista, "...os velhos não são amados". (VIORST, 2006, p.298).

A velhice para o idoso é percebida como a pior das desgraças (BEAUVOIR, 1970, p. 263). Apesar disso, segundo Viorst (2006), os estudiosos do envelhecimento reconhecem, que alguns fatores como boa saúde, boa renda, bons amigos e boa sorte facilitam a aceitação da nova etapa do desenvolvimento, porém é a atitude e a natureza em relação às perdas que determina a qualidade da velhice. Assim, compreende-se que o idoso não vive a experiência do envelhecimento de forma concreta em virtude de que entende os sentimentos de repulsa e medo que despertará nos outros se viver de maneira completa. Viorst (2006) afirma que as paixões, sentimentos e vontades ainda existem nesta idade, ainda que para os idosos é conveniente fingir que eles não existam. O envelhecimento depende das noções sociais que o cerca, como disse Beauvoir:

> 'Falso problema', disseram-me. 'Enquanto você se sentir jovem, você é jovem.' Isso é desconhecer a complexa verdade da velhice: esta é uma relação dialética entre meu ser para outrem — tal como ele se define objetivamente — e a consciência que tomo de mim mesma através dele. Em mim, é o outro que é idoso, isto é, aquele que sou para os outros: e esse outro sou eu (BEAUVOIR, 1970, p. 263).

Assim, observa-se que a sociedade observa o idoso como um peso a ser carregado, visto que este já está caminhando em direção à morte, o que faz com que o próprio velho se observe como reflexo do previsível desenvolvimento de forma negativa e limitante, além da visão de um padrão de envelhecimento muitas vezes utópica, uma anulação e redução da subjetividade e das capacidades que

o ser humano apresenta, sintetizando a vivência coletiva como uma vergonha, fracasso e uma sensação de perda para um processo totalmente natural e previsível. Este processo de perda de função social está diretamente associada com a percepção e a evolução ocidental do modelo capitalista, com a contribuição do modelo biomédico para a redução da pessoa - e do idoso - a apenas um processo fisiológico, descaracterizando o valor do indivíduo como um ser completo, biopsicossocial.

3 Inclusão social do idoso, morte social e sua relação com o ideal de produtividade

> Não permita que ninguém diga que a velhice é só perda. Às vezes é extremamente solitária, um pouco sem amor também. Mas a perspectiva de um passado longo com experiência para avivar e focalizar essa perspectiva… é a dádiva positiva e sem paralelo da velhice" (VIORST, 2006, p. 299)

A perspectiva capitalista contribuiu diretamente para a visão atual sobre o envelhecimento e a compreensão da morte ao conceber o corpo humano como instrumento de produção e trabalho, mas nem sempre foi assim. Combinato e Queiroz (2006) desenvolvem uma visão histórica acerca da morte e do morrer que afirma que, durante muitos séculos, a morte era concebida como um fenômeno natural, fazendo parte do ambiente doméstico; cemitérios na Idade Média europeia ocupavam o centro da cidade, dominada pela presença da igreja católica. Os mortos considerados mais importantes eram enterrados dentro da igreja e os menos importantes eram enterrados em um terreno ao lado, enquanto os que não possuíam dignidade social eram enterrados em uma vala comum, que permanecia aberta (QUEIROZ e COMBINATO, 2006, p. 210).

Com o desenvolvimento da modernidade veio o desenvolvimento do capitalismo, a partir do século XVIII, e juntamente com ele uma preocupação constante de isolar, separar e impor um conhecimento especializado e uma disciplina institucional a tipos diferenciados de fenômenos (QUEIROZ e

COMBINATO, 2006, p. 210). Esta perspectiva colaborou para a visão atual do idoso como um "peso morto" para a sociedade, visto que a partir deste momento a morte - ou o caminhar para a morte - e a doença representam deixar de produzir, subsistência, vergonha gregária e exclusão.

> Com a emergência da modernidade, a fragmentação do amálgama indiferenciado das instituições medievais em várias esferas de domínio relativamente autônomas ocorreu em um processo de diferenciação institucional que, em sintonia com a análise de Parsons (1974), foi indispensável para a constituição da modernidade. Com o desenvolvimento do capitalismo, a partir do século XVIII, uma preocupação constante foi isolar, separar e impor um conhecimento especializado e uma disciplina institucional a tipos diferenciados de fenômenos. Excluir os mortos dos vivos, neste contexto, passou a ser um empreendimento fundamental. Uma forte preocupação, em toda a época de transição para a modernidade, foi colocar os mortos, juntamente com o lixo, cada vez mais longe do meio urbano e do convívio social. (QUEIROZ e COMBINATO, 2006, p. 210).

Um exemplo importante sobre a exclusão do idoso é a aposentadoria e o paradigma abrangente à ela. Atualmente a aposentadoria compulsória é praticamente sinônimo de discrimanação etária e o limite entre trabalho e aposentadoria não é tão nítido como costumava ser (PAPALIA e FELDMAN, 2013, p. 616). Ademais, Viorst (2006) dialoga sobre o fator obrigatório de deixar de trabalhar como contribuinte para o sentimento de desprezo a respeito da velhice, juntamente com o sentimento de abandono tudo o que se tinha antes, reorganizar todo o cenário da rotina, se tornar irreconhecível. Assim a perspectiva da produtividade do idoso é contrária aos estereótipos relativos à velhice, sendo estes muitas vezes mais produtivos e cuidadosos que os mais jovens apesar da possibilidade de trabalhar mais lentamente (PAPALIA e FELDMAN, 2013, p. 616).

Nesse sentido, a questão da aposentadoria como quebra de um papel social identitário importante dentro do contexto da sociedade de produção inevitavelmente contribui para a fragilização da identidade social do idoso: o corpo que é impossibilitado de

produzir, por questões médicas ou sociais, não apenas é destituído de sua função no mundo moderno como também se depara com uma realidade vazia de propósito:

> A tragédia da velhice é a radical condenação de todo um sistema de vida mutilador: um sistema que não fornece à imensa maioria das pessoas que fazem parte dele uma razão de viver. O trabalho e a fadiga mascaram essa ausência: ela se descobre no momento da aposentadoria. É muito mais grave do que o tédio. Ao envelhecer, o trabalhador não tem mais lugar no mundo, porque, na verdade, nunca lhe foi concedido um lugar: simplesmente, ele não tivera tempo de perceber isso. (BEAUVOIR, 1970, p. 255).

Ademis, destaca-se a influência da integridade do ego, do self, na vida adulta tardia. Segundo a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson, esta se apresenta como o oitavo e último estágio do ciclo de vida - integridade do ego versus desespero - e a aceitação do ciclo vital contribui diretamente para a contemplação da própria morte; mas esta seria uma contemplação saudável, e não precoce e entregue ao desespero. Papalia e Feldman (2013) atribuem esta concepção à luta por um senso de coerência e totalidade, a não entrega do desespero da incapacidade de reviver o passado de outras formas. Ainda dentro desta concepção observa-se a virtude da sabedoria, que, para Erikson, significa aceitar a vida que se viveu sem maiores arrependimentos: sem ficar preso ao que "deveria ser feito" ou "poderia ter sido". Isso significa aceitar imperfeições em si próprio, nos pais, nos filhos e na vida (PAPALIA e FELDMAN, 2013, p. 607). Erikson ainda afirma que embora a integridade deva superar o desespero, este ainda é inevitável pois as pessoas têm necessidade de se lamentar pela vulnerabilidade e transitoriedade da condição humana.

Deste modo, assimila-se o conceito de realização pessoal dentro do enquadre do envelhecimento bem sucedido. Padrões são estabelecidos e espera-se que durante a vida os alcance. Esta visão, de acordo com Papalia e Feldman (2013), contempla uma sobrecarga às pessoas idosas, gerando uma pressão para alcançar padrões que por vezes não desejam ou não podem atingir, gerando frustração e menosprezo ao próprio desenvolvimento e à velhice.

> Um resultado não premeditado, ao rotular os adultos mais velhos como sendo "bem-sucedidos" ou "malsucedidos", pode culpar as vítimas e levá-las a uma autoderrota mediante estratégias de antienvelhecimento. Isso também tende a menosprezar a própria velhice e a negar a importância de aceitar ou de se adaptar ao que não pode ser mudado (HOLSTEIN e MINKLER, 2003, p 795).

Essa visão do envelhecimento bem-sucedido também desconsidera a heterogeneidade desse processo, tendo em vista as diversas realidades sociais, cronológicas, biológicas, econômicas, demográficas, psicológicas, culturais, políticas e ideológicas da velhice. Beauvoir (1990) dialoga com a perspectiva de que diferentes realidades sociais determinam a maneira que o homem enfrenta e encara este período, apresentando a heterogeneidade como um fator decorrente das diferentes perspectivas de vida que o homem construiu e constrói durante a sua história. Costa e Soares (2016) contribuem para a visualização de que o velho é uma invenção social derivada de uma construção de valores ou da falta deles, em aspectos múltiplos e opostos, não podendo universalizar as características referentes a este período.

> A velhice se mostra heterogênea, sendo possível entender que o processo biológico do envelhecimento é permeado por condicionantes sociais que lhe imprimem características específicas de cada sociedade, de cada momento histórico, além de fatores extremamente relevantes como classe social, etnia, gênero, papéis e significados distintos em função do meio rural e urbano, atividade laboral ou mesmo fatores como a cultura, ideologia dominante, poder político e econômico predominante, relação entre Estado e Sociedade que permeiam o indivíduo em todo seu processo de envelhecimento e velhice, ou seja, do nascimento até a morte. (COSTA e SOARES, 2016, p.61).

Outra concepção à exclusão social é a visão biomédica do adoecimento, que negligencia muitas vezes aspectos psicossociais do idoso, principalmente quando este encontra-se em sua iminência. Esta visão pode estar ligada ao despreparo da equipe frente a morte, evitando o contato com suas próprias emoções em relação a (sua) morte e o (seu) morrer (QUEIROZ

e COMBINATO, 2006, p. 211). Percebe-se então que a morte - e o lidar com a morte - especialmente no ambiente hospitalar, envolve a perspectiva do homem acerca dele mesmo

Nesse contexto, observa-se que alguns profissionais assumem o mandato social de cuidar dos vivos e dos mortos de modo exclusivo e silencioso (PITTA, 1999, p. 28). Assim, de acordo com Pitta (1999), essa perspectiva é avaliada a partir de um estudo feito por sociólogos americanos, que investiga as práticas cotidianas e a dificuldade que a equipe técnica têm para abordar questões acerca da morte, observando o chamado "dying trajectory": a trajetória defensiva pessoal hospitalar em vista do percurso que prediz a "morte certa". Este estudo demonstra a postura dos profissionais frente à imprevisibilidade do curso de vida do paciente, visto que uma sequência de ideias sobre a vida deste já estava estabelecida. A visão da equipe técnica reconhece que mesmo se esta trajetória é escrupulosamente observada, a dificuldade atual de lidar com a morte é de tal ordem que ela não chega sem comprometer, em alguma medida, a dignidade do doente (PITTA, 1999, p. 30).

Logo, esta indignação está diretamente ligada com a irrealidade e impossibilidade de uma fórmula mágica que reverta a trajetória de vida. Ademais, o temor de que as reações dos familiares possam interferir no autocontrole do profissional levam ao prolongamento vital através de recursos tecnológicos (PITTA, 1999, p.31), a distanásia, o que permite que o luto seja vivenciado antes da morte e atenue o sofrimento tanto do profissional quanto dos familiares do paciente. Portanto, de acordo com Pitta (1999), a ambivalência que privilegia a busca da vida e que teme a morte, presente no campo prático, e que reflete no campo comunitário, conflita na compreensão de inflexões internas, como o contexto sociocultural e intrapsíquico, e externas, como o contexto sócio-histórico-político. Sendo assim, a compreensão, julgamento e complexidade relativas a morte - e ao envelhecimento como um caminho em direção à morte - designam da própria complexidade humana e o meio em que se está inserido, almejando um ideal de produtividade que não contempla tempo e espaço para o morrer, para o pensamento acerca da morte e para a compreensão da

finitude em seus mais diversos aspectos, incluindo-se a morte em seu sentido social.

Sendo assim, Borgstrom (2015) discute acerca da contribuição da visão biomédica para que seja privilegiado o cuidado com fatores físicos em detrimento dos intrapsíquicos do homem, ressoando na morte social, que o reduz a existência de um corpo; desta forma compreende-se que em decorrência das perdas fisiológicas que ocorrem no envelhecimento, há uma negligência e evitação de um olhar para a subjetividade do idoso.

4 O impacto da morte social na organização da atenção em políticas de saúde e cuidado do idoso

Conforme levantado anteriormente, o envelhecimento é um fenômeno que implica em necessidades de saúde mais crônicas e complexas; mas é também um acontecimento intrinsecamente psicossocial, constituído da formação e quebra de papéis sociais e seu impacto na identidade do indivíduo e na valorização de sua existência. A atenção à saúde física e mental, a integração social e o acesso à renda se mostram, portanto, essenciais na manutenção da vida do idoso. Sendo assim, diversos dispositivos constitucionais foram regulamentados tendo como pauta as questões específicas da população idosa; buscando, em teoria, assegurar seu lugar como sujeitos de direito.

Em 1994 foi aprovada a lei 8.842, responsável por definir a Política Nacional do Idoso (PNI). A PNI tem por objetivo "assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade" (artigo 1º). Suas principais diretrizes, além de estabelecer as competências de entidades e órgãos públicos em relação ao cuidado com a pessoa idosa, consistem em atuar junto a organizações da sociedade civil, priorizando o atendimento do idoso dentro do núcleo familiar (CAMARANO e PASINATO, 2004). Tal cuidado é reiterado, ainda, no artigo V do Estatuto do Idoso, publicado em 2003:

> V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que

> não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência; (BRASIL, 2003).

A importância da manutenção do idoso no seu contexto de origem é indiscutível, pois a institucionalização implica no severo rompimento da identidade social. Goffman (1961, p. 25) aponta que ela resulta em um processo de "desculturamento": a pessoa é removida não só do seu contexto, perdendo seus papéis sociais, mas também é colocada no ambiente degradante de uma instituição que remove todos os seus elementos significativos da identidade; situação análoga à morte social:

> Portanto, o internado descobre que perdeu alguns dos papéis em virtude da barreira que o separa do mundo externo. Geralmente, o processo de admissão também leva a outros processos de perda e mortificação. (...) Os processos de admissão talvez pudessem ser denominados "arrumação" ou "programação", pois, ao ser "enquadrado", o novato admite ser conformado e codificado num objeto que pode ser colocado na máquina administrativa do estabelecimento, modelado suavemente pelas operações de rotina. (GOFFMAN, 1961, p. 25).

Além da atenção à saúde do idoso e ao cuidado para que esta ocorra dentro do contexto doméstico, o envelhecimento saudável também deve ser marcado por políticas públicas que tem em vista a integração social (CAMARANO e PASINATO, 2004). Essas estratégias de integração são apresentadas como direitos concretos no capítulo V do Estatuto do Idoso, e se dão especialmente em três diferentes áreas: educação e cultura; esporte e turismo; e associações de aposentados. Elas pressupõem a realidade do idoso como algo a ser desfrutado através de uma participação ativa na vida social, permitindo o desenvolvimento e fortalecimento de vínculos e a atribuição de novos papéis.

Assim, considerando a morte social como um fenômeno marcado pelos fatores já mencionados (perda de papéis e identidade social, de capital e de redes de apoio), é possível traçar clara relação entre o seu combate e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à atenção ao idoso; afinal, estas políticas devem ser desenvolvidas pensando no indivíduo em sua integralidade.

No entanto, enquanto os textos legais apresentam avanços em relação ao cuidado com a pessoa idosa e parecem apresentar uma preocupação relevante com a integridade biopsicossocial dessa parcela da população, a prática aponta que tais políticas públicas não são plena e universalmente efetivadas; e a velhice segregada e marcada pelo abandono e pela morte social ainda é uma realidade (CAVALCANTE e MEDEIROS, 2020).

A suposta valorização do atendimento ao idoso no contexto doméstico é um exemplo dessa falha: dados de 2015 reconheceram que 80% dos idosos em um grupo contavam com cuidadores familiares despreparados, sobrecarregados e adoecidos (MINAYO et al, 2019). Isso aponta uma importante discrepância legal: enquanto a PNI (art. 4º) e o Estatuto do Idoso (art. 3º) ambos mencionam a importância da capacitação e educação a respeito de gerontologia e dos aspectos biopsicossociais do envelhecimento, essa informação e apoio estrutural dificilmente chega até o cuidador. Em contrapartida, há a oferta de um benefício financeiro à família com recursos insuficientes para a manutenção do idoso, (CAMARANO e PASINATO, 2004), que acaba muitas vezes colocando este na condição de fonte única de renda para um núcleo familiar:

> Se, numa situação abastada, a presença do idoso é um problema e motivo de preocupação, na família pobre de periferia o idoso é disputado, porque é um fator de ingresso de renda e em alguns casos o único sustento da família por meio da parca aposentadoria. Por outro lado, a mulher idosa exerce um papel importante no cuidado da casa e dos netos, enquanto os outros membros adultos trabalham fora. Nesse sentido o idoso pobre pode passar necessidade por ter uma aposentadoria insignificante, mas, por outro lado, sente-se valorizado e útil ao convívio familiar. Mas essa valorização pode também ser interesseira, engendrando relações patológicas de manipulação e aproveitamento em detrimento do bem estar do idoso (JUNGUES, 2006, p. 208).

Não se pode ignorar os serviços do SUAS de acompanhamento domiciliar como fatores importantes para a possibilidade de amparo técnico e suporte desses núcleos familiares. "A concepção de vínculo familiar e comunitário são conceitos centrais na política

da assistência" (COSTA, 2016, p. 24), e a valorização da atenção ao idoso dentro desse núcleo é um dos pilares do PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família). No entanto, a falta de apoio estrutural e de investimentos concretos por parte do Estado a esses serviços fragiliza muito sua possibilidade de atuação.

Essa falta de investimento se soma, ainda, à própria conceituação do atendimento ao idoso como um fardo, analisado apenas em termos econômicos; o que, novamente, reitera a imagem da morte social: o próprio estado acaba colocando o idoso como um "gasto sem retorno", demonstrando na prática a relação entre a proximidade da morte e os esforços em manter uma vida, apontada por Králová (2015). Isso acaba atestando para uma relação macropolítica de biopoder, marcado pela dualidade entre o interesse em se promover a vida e a escolha de quem pode ser descartado pelo sistema.

> O limite de competência do governo será definido pelas fronteiras da utilidade de uma intervenção governamental. Colocar a um governo, a cada instante, a cada momento de sua ação, a propósito de cada uma das suas instituições, velhas ou recentes, a questão: é útil? é útil para quê? Dentro de que limite é útil? a partir de que se torna útil? a partir de que se torna nocivo? Essa questão não é a questão revolucionária: quais são os meus direitos originais e como posso fazê-los valer em face do soberano? (FOUCAULT, 2008, p. 55).

Ademais, muitas vezes mesmo o atendimento assistencial parece não levar em conta a autonomia do idoso como ser complexo e marcado por características históricas, fisiológicas e sociais próprias. Costa (2016) relata como o trabalho dentro do contexto assistencial, dependente da atuação rigorosamente técnica seguindo manuais e diretrizes, muitas vezes acaba por assimilar os casos "no piloto automático", em detrimento das particularidades e questionamentos levantados pelo indivíduo assistenciado.

> "Como política de proteção ao idoso, não parecia válido considerar a "vontade" da senhora como parâmetro interventivo. "Vontade" aqui está sendo sinalizada não como uma representação de uma essência interior do indivíduo, mas a possibilidade de questionar através da análise dos

> discursos que práticas foram produzidas naquela determinada contingência. (COSTA, 2016, p. 103).

Ainda em se tratando do envelhecimento como fenômeno multifatorial e complexo, é possível apontar que algumas das políticas públicas de integração social supracitadas não se apresentam capazes de atender às demandas da totalidade desse grupo. Debert (2004) aponta que essas iniciativas não apresentam os mecanismos necessários para lidar com a realidade do idoso cujas características físicas estão em desalinho com o envelhecimento produtivo enaltecido pela sociedade.

Assim, reitera-se o contraste apontado por Viorst (2006) entre o idoso idealizado, cuja experiência é romantizada, e o idoso cuja imagem relembra a dependência e a falta de dignidade. Debert refere-se a esse fenômeno como a "reprivatização do envelhecimento": enquanto os projetos públicos de educação e lazer visibilizam e valorizam um processo de desenvolvimento ideal, eles falham em abordar as situações de decadência física, abandono e dependência. Esses casos passam a ser tratados não como resultado de processos biológicos ou sociais, mas sim como consequência "da falta de envolvimento em atividades motivadoras ou da adoção de formas de consumo e estilos de vida adequados" (DERBERT, 2004, p. 15).

Isso reflete contradições da própria sociedade capitalista, que exclui o idoso privado de sua identidade no sistema de produção, mas privilegia grupos sociais que são consumidores potenciais; o que leva o envelhecimento a ser considerado válido apenas quando se constitui da necessidade de consumir bens e serviços (CAVALCANTE e MEDEIROS, 2020). Nesse sentido, os idosos são incluídos como "grupo da melhor idade", termo criado para designar os idosos que consumiriam produtos vinculados a uma imagem de envelhecimento bem sucedido, como se esse pudesse ser generalizado.

As iniciativas voltadas à inclusão social, preconizadas pelos textos legais supracitados, acabam reiterando essa ideia de envelhecimento saudável voltado ao consumo. Ao associar a integração social a fatores como aposentadoria e investimentos em turismo e comércio, a realidade dos idosos que por questões físicas

ou fiscais não são capazes de engajar nessas atividades é ignorada; e eles, novamente, se tornam fragilizados perante a morte social:

> No contexto atual, o envelhecimento se transforma em um novo mercado de consumo, não há lugar para a velhice, que tende a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados. O declínio inevitável do corpo, o corpo que não responde às demandas da vontade individual, é antes percebido como fruto de transgressões e por isso não merece piedade. (MATOS, 2012, p. 6).

A desvalorização do idoso em diferentes níveis de dependência se reflete, também, na já mencionada visão biomédica do adoecimento e sua luta irreal contra a trajetória de vida e a inevitabilidade da morte. Isso faz com que o idoso seja tratado pelos setores da saúde apenas como um corpo a ser mantido a todo custo, em detrimento da sua realidade psicossocial. A isso se associa as longas internações, o temor pela dependência e degeneração, o distanciamento familiar e o luto pela perda de si (KOVÁCS, 2014), o que leva os idosos altamente debilitados, e que são submetidos a intervenções médicas constantes e invasivas, a se tornem especialmente propícios à morte social.

Nesse sentido, é de extrema importância frisar que um corpo deteriorado pela idade ou pela doença ainda pode possuir certo nível de autonomia, e seu dono pode lutar pela manutenção de uma identidade social significativa (KRÁLOVÁ, 2016). Essa luta envolve a necessidade de se reconhecer a finitude da vida, favorecendo a dignidade e a expressão da vontade da pessoa e permitindo que ela se mantenha socialmente viva até que a morte biológica alcance-a de forma digna (KOVÁCS, 2014). No entanto, as políticas públicas voltadas ao envelhecimento e aos idosos não trazem nenhuma garantia, teórica ou prática, a respeito da manutenção da dignidade e prevenção da morte social perante a vulnerabilidade extrema.

O Código de Ética Médica apresenta alternativas ao prolongamento do processo da morte em suas resoluções CFM 1.805/06 e CFM 1.995/12, que, respectivamente, priorizam a

ortotanásia (ou a morte a seu tempo) e buscam evitar a distanásia (o prolongamento artificial desse processo); porém, ambas as resoluções colocam essas intervenções como optativas, seja por parte de pacientes e familiares ou por parte da equipe médica, e não como efetivação de um direito do paciente. Isso se apresenta como um problema ao considerarmos a predominância do modelo biomédico na cultura atual, e a dificuldade em se lidar com a finitude da vida: Kovács (2014) aponta que o paradigma moderno coloca a morte não como um processo natural mas sim como um fracasso, algo indigno; o que leva o profissional que não prolonga esse processo a se perceber como alguém derrotado. Essa cultura também afeta a decisão dos familiares, que acabam pressionando por tratamentos muitas vezes invasivos por não se sentirem confortáveis diante da noção da morte:

> Debates com a população e esclarecimentos a familiares podem ajudar na desintoxicação da morte, como possibilidade de preservação da dignidade e qualidade no final da vida. Há atitudes ainda bastante arraigadas de negação da morte. A relutância de falar sobre a morte tem consequências graves quando se deve tomar decisões sobre tratamentos ou sua interrupção. (KOVÁCS, 2014, p. 102).

Assim, apesar do avanço teórico no que diz respeito à criação de políticas públicas voltadas ao idoso, elas ainda não são devidamente aplicadas nem abrangem a variedade de experiências que caracterizam o envelhecimento; especialmente quando essas experiências se dão fora do ideal moderno, pautado no consumismo e na manutenção da vida biológica em detrimento da integridade psicossocial. O processo de reprivatização do envelhecimento apontado por Derbert (2004) demonstra que a exclusão econômica e social dessa camada continua existindo na modernidade, sendo apenas revestida de novos estigmas; e a morte social dessa população acaba sendo reforçada pelo próprio sistema.

Resgatando as colocações de Králová (2015), é válido destacar que a autora, ao fazer uma avaliação teórica dos diferentes conceitos de morte social, propõe que esta seria o perfeito oposto de bem estar; sendo esse um processo baseado em relações, que leva em consideração a variedade de contextos históricos, culturais e

ambientais; e opera em um nível individual além de comunitário. Tendo em vista este conceito, é possível afirmar que o descaso pela complexidade histórica, física e psicossocial da população idosa, que pode ser identificado nas políticas públicas brasileiras, é um indicativo da fragilidade dos direitos mais básicos dessa população; afinal, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), o próprio conceito de saúde moderno é baseado na presença do bem-estar.

Com isso, é necessário levantar o tema da morte social não apenas como um fator de fragilidade do idoso, mas também como quebra do direito constitucional à saúde, imposto pelo artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988. A integridade social, a integração e o respeito aos diferentes aspectos do envelhecimento são essenciais para contribuir na emancipação da autonomia social dos idosos (HERMANN, 2020), e são um direito fundamental que precisa urgentemente ser atendido.

5 Considerações finais

A visão contemporânea do envelhecimento remete a uma reflexão acerca dos processos que a constituem. Sendo assim, a compreensão de um ideal de produtividade gerada pela sociedade capitalista privilegia a visualização de que o velho não é mais bem-vindo e muito menos bem-visto em detrimento de aspectos construídos a partir da contribuição biomédica, que reduzem muitas vezes o olhar ao envelhecimento a fatores biológicos, e negligenciam fatores heterogêneos decorrentes da trajetória de vida individual e subjetiva de cada ser humano. Tal reducionismo vem ao encontro da morte social do idoso, pois lhe nega um lugar como pessoa e cidadão.

Por ser uma revisão narrativa, o presente estudo traz reflexões que podem ser abordadas de modo mais sistematizado em próximos estudos de pesquisa de campo, voltados a grupos específicos como o de idosos e famílias em situação de vulnerabilidade, junto a serviços de atenção primária em saúde, ou em serviços onde ocorre o acompanhamento do idoso com doenças crônicas e com demandas

de cuidado de modo mais intensivo.

A partir dessas questões levantadas, apontamos para a importância de dar atenção às necessidades dos idosos e suas famílias, tendo em vista a diversidade de formas de envelhecer. Nesse sentido, é preciso resgatar um olhar crítico para os estereótipos e visões generalizadas que negligenciam as dificuldades vivenciadas por essa população, inclusive considerando a perspectiva de envelhecimento populacional e transição epidemiológica.

Observa-se também que as políticas públicas são frágeis nesse sentido, que privilegiam a "luta contra a morte", apresentando exclusões significativas que colocam o idoso em uma posição de fragilidade de direitos. Então, sugere-se a discussão e construção de políticas que apoiem o idoso e suas famílias para o cuidado de saúde, entre outras questões, com resgate das relações afetivas implicadas nas relações familiares, bem como para o apoio concreto direcionado às demandas de cuidado propriamente ditas.

Referências

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1990.

BIEHL, João. **Life of the mind: The interface of psychopharmaceuticals, domestic economies, and social abandonment**. American Ethnologist, Vol.31, No. 4, p. 476-496. 2004.

BORGSTROM, Erica. **Social death in end-of-life care policy**. Contemporary Social Science, Vol. 10, No. 3, 272-283. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 5 out. 1988.

BRASIL. **Estatuto do idoso: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre

a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jan. 1994.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In: CAMARANO, A.A. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CAVALCANTE, Flávia; MEDEIROS, Nicolis de. **A Intervenção do Serviço Social Direcionada aos Idosos: particularidades e desafios**. O Social em Questão, Rio de Janeiro, v. 23, n. 48, p. 363-384, set. 2020.

COMBINATO, Denise Stefanoni ; QUEIROZ, Marcos de Souza. **Morte: uma visão psicossocial**. Estudos de Psicologia: Natal, v. 11, p. 209–216, 2006.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM no 1.805, de 28 de novembro de 2006**. [Internet]. (acesso 17 set. 2021). Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.html

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM no 1.995, de 31 de agosto de 2012.** [Internet]. (acesso 17 set. 2021). Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf

COSTA, Denise Gisele Silva; SOARES, Nanci; **Envelhecimento e velhices: Heterogeneidade no tempo do capital**. Serviço Social & Realidade, Franca, v. 25, n.2, p.57-68. 2016.

COSTA, Lucas Teixeira. **Biopolítica e políticas públicas de Assistência Social**: problematizando o exercício do operador institucional. 2016. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2016.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Fapesp, 1999. 272p.

FERENHOF, Helio Aisenberg; FERNANDES, Roberto Fabiano. **Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: Método SSF**. Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 550-563, ago./nov., 2016.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins, 2008. 452 p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1961. 316 p.

HERMANN, Luana Gulecz. **Envelhecimento e Morte Social: reflexões a respeito de idosos asilados.** Revista Meditatio de Ciências Sociais e Aplicadas, União da Vitória, v. 1, n. 7, p. 57-69, abr. 2020.

HOLSTEIN, Martha B.; MINKLER, Meredith. **Self, Society, and the "New Gerontology**". The Gerontologist, Vol.43, No. 6, p. 787-796. 2003.

JUNGUES, José Roque. **Bioética – hermenêutica e casuística**. Edições Loyola. São Paulo, 2006. 273 p.

KOVÁCS, Maria Júlia. (2014). **A caminho da morte com dignidade no século XXI**. Revista Bioética, 22(1), 94-104

KRÁLOVÁ, Jana. **What is social death?**. Contemporary Social Science, Vol. 10, No. 3, p. 235-248. 2015.

MATOS, Cássio Luiz Aragão. **Envelhecimento, terceira idade e consumo cultural**. In: Encontro Baiano de Estudos em Cultura, 3., Salvador, 2012. Anais.... Salvador: Ed. UFRB, 2012.

MATTOS, Ruben Araújo de**. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (organizadores). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, et al. **Estudo situacional dos idosos dependentes que residem com suas famílias visando subsidiar uma política de atenção e de apoio aos cuidadores**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2019.

NERI, Anitta Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea. 2014.

NUNES, Josiele de Paula. **Transição demográfica e transição epidemiológica no Brasil:** uma análise sobre os perfis de estrutura etária e de mortalidade nas unidades federativas no País em 2015. Orientadora: Pamila Cristina Lima Siviero. Dissertação (mestrado em Economia) - Universidade Federal de Alfenas, Varginha, MG, 2021.

OLIVEIRA, Pedro Igor Daldegan de ; PADULA ANDERSON, Maria Inez. **Envelhecimento, finitude e morte**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, p. 2195-2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2195>. Acesso em: 19 Sep. 2021.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed. 2013.

PEIXOTO, Sérgio Viana. A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 8 [Acessado 19 Setembro 2021] , pp. 2912. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.14672020>. Epub 05 Ago 2020. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.14672020.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed.- São Paulo: Hucitec, 1999.

RAMOS, L. R. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERY, A.L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002.

VIORST, Judith. **Perdas Necessárias**. Melhoramentos. 2006.

Capítulo 6

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA EM SITUAÇÕES DE ÓBITOS FETAIS E LUTO FAMILIAR

Anne Caroline da Silva

Dai palavras à dor. Quando a tristeza perde a fala, sibila ao coração, provocando de pronto uma explosão.

(William Shakespeare)

1 Introdução

A gravidez e o parto são experiências significativas no ciclo vital feminino, dos seus parceiros, familiares e comunidade. Esses eventos, são permeados por mudanças físicas, hormonais e psicológicas na gestante, está, pode experimentar sentimentos, de medo, tristeza, insegura, alegria, amor e gratidão. No entanto, podem ocorrer situações adversas e inesperadas no desenvolvimento e planejamento da gravidez e do parto, as quais podem ameaçar à vida do bebê (HOLANDA, 2010).

Todos os anos, ocorrem cerca de 2,6 milhões de óbitos fetais em todo o mundo. A Organização mundial de Saúde – OMS, define os óbitos fetais como

> A morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (BRASIL, 2009, p. 25).

Os óbitos fetais, representam uma perda, que geralmente causa sofrimento intenso aos envolvidos, principalmente na

mulher\ mãe que vivencia uma perda que afeta diretamente o seu corpo e não raro ocasionam impactos na saúde mental (ROBERTS, et al., 2012). O luto pela perda fetal, em algumas sociedades não é compreendido, acolhido e respeitado como a morte de uma criança mais velha, entretanto, nesses casos é importante sinalizar que a mãe e familiares, podem vivenciar o luto simbólico, bem como índices de sofrimento e sintomas traumáticos e depressivos que poderão refletir na sua rotina e no desejo de ter outro filho (FARRALES, et al., 2020; ARACH, et al., 2020).

Nestes termos, Nazaré, et al., 2010, trazem que a família nuclear e extensa, assim como a equipe de saúde, podem ser agentes potentes de apoio ao pai e a mãe, que a partir do óbito precisam encarar o mundo diferente do que tinham planejado. Em contraponto quando essa rede não compreende o momento, não apoia e acolhe os pais, podem emergir sentimentos de desamparo, tristeza e dúvidas sobre a legitimidade da sua perda.

O interesse pela temática é oriundo de minhas vivências profissionais como professora supervisora de estágios em hospitais. Nesses nosocômios, não são raros relatos de familiares, que não se percebem acolhidos em sua dor, em especifico em situações de óbitos fetais, tais vivências despertam em meu fazer o desejo de compreensão das possibilidades de uma atuação do psicólogo. Inquieta me perceber que muitas vezes ao luto é atribuído o lugar de silêncio, de não vivência, enquanto mães nos leitos ao lado, verbalizam, vivem e compartilham a alegria do nascimento. Assim como o nascimento, o luto é uma vivência natural durante o ciclo vital, e que não deve ser silenciada pela equipe que oferta cuidado em saúde (FRANCO; PARKES, 2021).

Deste modo, tenho por objetivo conhecer como ocorre a vivência do luto por familiares que tiveram óbito fetal, pois entendo que, é a partir do conhecimento que posso contribuir com as famílias. Neste cenário, de óbitos fetais, considerando as alterações na vida da mãe e dos demais familiares, o presente capitulo buscou responder a seguinte questão: Quais as contribuições da Psicologia em situações de óbitos fetais e luto familiar?

Para responder a problemática proposta, este capitulo,

constitui-se como uma revisão de literatura integrativa, esta é compreendida como uma investigação cientifica que por meio de levantamento literário, proporciona conhecimento que posteriormente podem ser aplicados na prática profissional (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A coleta foi realizada na base de dados no mês de setembro de 2021 na National Library of Medicine (PUBMED). Para a busca dos artigos, foram utilizados os descritores perda gestacional, luto, psicologia seus correspondentes em inglês (pregnancy loss, grief, psychology), os artigos foram pesquisados manualmente.

Os critérios de inclusão do presente estudo foram: publicações entre os anos de 2016 a 2021, escritos nos idiomas português e inglês, com acesso online do texto completo. Foram incluídos artigos de revisões sistemáticas, integrativas, ensaios clínicos, relatos de experiência e estudos bibliográficos. Teses, dissertações, citações e notas editoriais foram excluídos, bem como artigos que não possuíssem livre acesso e artigos duplicados.

Inicialmente, a busca inicial totalizou 96 artigos, após análise de título e resumo e os critérios de inclusão e exclusão. 39 artigos não tinham livre acesso e 46 deles não correspondiam aos critérios de inclusão. Ao final do processo, integraram a amostra 11 artigos.

Para a extração dos dados, elaborou-se um instrumento (quadro1) apresentado a seguir, contendo as seguintes informações: autores, ano, título da publicação, periódico e endereço eletrônico. Posteriormente foram realizadas arguições a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011), a qual se caracteriza pela análise das comunicações, com objetivo de descrever as mensagens, de modo que estas permitam a inferência de conhecimentos relativos ao conteúdo pesquisado.

2 Evidências primárias

Quadro 01 – Distribuição das características 'autores', 'título', 'periódico' e 'endereço eletrônico' dos artigos que compuseram a análise final

AUTOR(ES) **Ano**	**TÍTULO**	**PERIÓDICO e ENDEREÇO ELETRÔNICO DE ACESSO**
OBST, Kate, Louise, et al. (2020)	Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model	BMC https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9
HVIDT-JORN, Dorte, et al (2018)	Life after the loss: protocol for a Danish longitudinal follow--up study unfolding life and grief after the death of a child during pregnancy from gestational week 14, during birth or in the first 4 weeks of life	BMJ Journals doi:10.1136/bmjopen-2018-024278
RICH, Debora. (2018)	Psychological Impact of Pregnancy Loss: Best Practices for Midwifery Professionals	Obstetrícia Clínica e Ginecologia doi: 10.1097 / GRF.0000000000000369
KROSCH, Daniel Jay; FINCH, Jane Shakespeare (2017)	Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss.	Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, https://content.apa.org/doi/10.1037/tra0000183
OBST, Kate, Louise, et al (2021)	Factors contributing to men's grief following pregnancy loss and neonatal death: further development of an emerging model in an Australian sample	BMC https://doi.org/10.1186/s12884-020-03514-6

RIGGS, Damien; DUE, Clemence; TAPE, Nicole. (2021)	Australian Heterosexual Men's Experiences of Pregnancy Loss: The Relationships Between Grief, Psychological Distress, Stigma, Help-Seeking, and Support	Journal of Death and Dying doi: 10.1177 / 0030222818819339
RIDAURA, Isabel; RAICH, Eva Penelo (2021)	Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss	Psicothema, 10.7334 / psicothema2016.151.
SRIARPORN, Punpilai, et al., (2016)	Support program for women grieving after termination of pregnancy: a pilot study	Nurs Health Sci https://doi.org/10.1111/ nhs.12307
DAS Manoja Kumar, et al., (2021)	Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved North Indian parents: A qualitative study	Plos One. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240270
ROBERTS, et al., (2021)	Stillbirth and infant death: mental health among low-income mothers in Mumbai	Internacional Jornal Childbirth, https://connect.springerpub.com/content/sgrijc/2/3/199
GOPICHANDRAN; Vijayaprasad; SUBRAMANIAM Sudharshini; KALSINGH, Maria Jusler (2018)	Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India – a qualitative study	BMC https://doi.org/10.1186/s12884-018-1742-0

Fonte: dados primários

Os estudos foram publicados entre os anos de 2016 e 2021, sendo que a maior concentração de publicações sobre a temática aconteceu no presente ano (5), mostra-se assim, a relevância e acrescente busca cientifica por conhecimento desta temática.

Todos foram publicados em inglês e possuem livre acesso, nos periódicos. Quanto as características dos estudos, eram de campo

e aplicadas, utilizaram como materiais, questionários, entrevistas e programas de apoio a familiares enlutados. Participaram, mães, pais, alguns avós e profissionais de saúde. Destaca-se que um dos estudos ainda está em andamento, este é produzido por Hvidtjorn, *et al*., (2018), e caracteriza-se como uma pesquisa longitudinal de coorte, com prazo de término em 2024. Todas as demais já foram concluídas até sua publicação.

A partir da leitura integra dos artigos e a utilização da Análise de Conteúdo, os dados substâncias, foram agrupados em duas categorias temáticas, a saber: 1) Vivência do luto por mães e pais; 2) Suporte, apoio familiar e profissional na vivência do luto.

3 Vivência do luto por mães e pais

A análise dos estudos que compuseram este capitulo, discutiram como se dá a vivência de pais e mães diante da natimortalidade e luto. Todos eles, abordaram como são as mudanças e os aspectos emocionais na vivência do luto pela mãe, entretanto o luto por outros familiares e em especifico ao pai, ainda não são abordados de maneira substancial (OSBT, *et al*., 2020; HVIDTJORN, *et al*., 2020).

Dado, esses resultados, no que se refere ao luto paterno, os homens experenciaram a perda do filho, como um momento difícil e desafiador, pois, não se percebem acolhidos pela sociedade, diante do seu sofrimento (OBST, *et al*., 2021).

Estudos realizados na Índia e na Tailândia, identificaram a influência cultural na experiência do luto paterno, uma vez que ao homem é atribuído o papel de provedor e de força no contexto familiar e a mulher o papel de cuidado e acolhimento (SRIARPORN, *et al*., 2017; DAS, *et al*., 2021). Essa atribuição dos papeis sociais de gênero, é permeada de aspectos históricos e culturais, os quais atribuíram à mulher desde a infância o cuidado do outro enquanto ao homem são destinadas atividades externas e de força (PARIS. MONTIGNY; PELOSO, 2016). Essas concepções do papel social do homem e da mulher na sociedade, podem contribuir com a experiência negativa de ambos os pais, diante do sofrimento, da

perda e do luto.

Ainda nesse aspecto, do reconhecimento de que o homem também chora e sofre, os pais que tiveram a notícia do óbito fetal, trouxeram dificuldades em reconhecer e poder viver o próprio luto, além de que, não se sentiam acolhidos por amigos e pela família, pois estes esperavam que ele fosse forte e desse suporte à mãe que vivenciou em seu corpo as mudanças da gestação e do óbito (FARRALES, *et al*., 2020; ROBERTS, *et al*., 2021).

Outro aspecto, elucidado na vivência do luto paterno, é que estes, não raro, percebem-se como não aptos a dar suporte a companheira. Em 2021 estudo realizado na Índia com pais e mães que vivenciaram a natimortalidade, identificou que os pais, buscam como mecanismos de defesa a retomada rápida ao trabalho, isolamento dos momentos em família, somado a isso, tinham maior dificuldade de externalizar de forma verbal que estavam sentindo, suas necessidades e expectativas futuras (ROBERTS, *et al*., 2021).

As mães que vivenciaram a natimortalidade, por sua vez, logo após a perda apresentaram mudanças corporais e dores intensas, dificuldades em aceitar o próprio corpo, bem como, sentimento intenso de culpa por não ter conseguido uma gestação sem intercorrências (GURUNG, *et al*., 2020)

Importante destacar que a perda, ocasiona não só mudanças físicas, estas também são sociais e psicológicas. Nesse sentido, pais e mães vivenciaram dificuldade de compreensão e até mesmo estigmas sobre o reconhecimento do seu luto, tais situações acentuaram a culpa, ansiedade e a depressão (RICH, 2018). Em estudo realizado com mães de natimortos, o qual avaliou os impactos da saúde mental das mesmas em diferentes momentos pós óbito. Identificou-se que as mães experenciavam tristeza intensa e desconforto emocional no primeiro mês após a perda e que esses sentimentos eram amenizados, na medida em que as mães recebiam suporte familiar e social (RIDAURA; PENELO; RAICH, 2017).

Os pais e mães de natimortos, também relataram a experimentação do sentimento de culpa, devido, não conseguir desenvolver uma gestação sem intercorrências os pais, relataram

sentir-se culpado em relação ao suporte que estes entendem que poderiam ter dado a companheira na gestação e no momento do óbito e por também estarem em sofrimento, não conseguir, fazê-lo, ao menos, não da forma que desejavam (DAS, *et al.*, 2021).

Nesse sentido, Laconeli (2007), traz que na experiência do óbito fetal, não é raro que a mãe e os pais ouçam frases da equipe de saúde e da família, no sentindo de que precisam ser fortes, que são jovens e poderão tentar em breve. Tais condutas, refletem-se na negação do sofrimento dos pais o que por vezes pode impedir que estes externalizem o que esse momento representa, contribuindo para mudanças no humor, isolamento social e não reconhecimento do luto (PEREIRA, *et al.*, 2018).

Nas situações em que, os pais e mães não perceberam o reconhecimento da sua perda por parte da família e da equipe de saúde. Experenciaram o luto prolongado, o qual caracteriza-se por sintomas específicos, tais como; saudades e anseio pela pessoa que morreu; dificuldade de aceitar a morte, labilidade emocional, percepção da perda do sentido da vida, sentimento de que uma parte de si morreu e dificuldades de continuar com a própria vida (DELALIBERA *et al.*, 2017). Importante elucidar que o luto ocorre diante de perdas significativas, e é esperado. Entretanto quando a pessoa não consegue gradualmente retomar os seus interesses e rotinas, esse processo, pode ser caracterizado como luto prolongado.

4 Suporte e apoio familiar e profissional na vivência do luto

Diante das vivências de mães e pais em relação ao óbito fetal e ao luto. Depreende-se que a família e a equipe de saúde, são importantes suportes Sociais, aos pais enlutados. Nesses termos, o suporte social, contribuiu para que os pais sintam- se, estimados e acolhidos. A família e a equipe de saúde, devem permitir que os mesmos falem sobre a perda, pois isso possibilita que entrem em contato com a situação vivida e percebam que não estão sós (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

Nesse sentido, estudo realizado por Krosch e Finch (2017), sobre um programa de apoio as famílias enlutadas, que se estendia

a família extensa, mostraram-se potencializadores de qualidade de vida da família nos pós óbito, de modo a, contribuir para um espaço de escuta, acolhimento, partilha e reconhecimento de que não eram os únicos a vivenciar o luto (KROSCH; FINCH, 2017).

Entretanto, neste programa de apoio, assim como nos hospitais, a equipe de saúde apresentou dificuldades em lidar com a finitude do outro, pois estar em contato com a morte de outros faz com que estes reflitam sobre a sua própria finitude (RIGGS; DUE, TAPE, 2021). As maternidades dos hospitais, são representadas como um lugar positivo, de alegria e vida, contudo, nesse local podem ocorrer perdas nos diferentes momentos da gestação, que se refletem também nos profissionais de saúde (SRIARPORN,2016).

Corroborando com os dados expressos anteriormente, estudo realizado por Lemos e Cunha (2015), com profissionais de maternidades, identificou que estes, sentem dificuldade em cuidar de mães logo após a perda, pois não sentem -se preparados para o enfrentamento do sofrimento dos familiares, tais sentimentos, refletem-se na percepção de alguns familiares de que a equipe não respeita o momento vivenciado, que são indiferentes e frios.

Em contraponto, distanciamento, o medo que a família percebe, são relatados pela equipe como mecanismos de defesa, uma vez que eles também sentem a morte fetal e por vezes sentem-se culpados por não terem conseguido fazer o que esperavam (GOPICHANDRAN; SUBRAMANIAM. KALSINGH, 2018). Além de que, percebem que não recebem em sua formação e em treinamentos, preparo adequado para o manejo das situações de óbito fetal. Mesmo com as lacunas identificadas pela equipe, estes reconhecem que a família e a mãe precisam de um suporte emocional diante da perda.

Nesse sentido o profissional da psicologia foi identificado por equipes e famílias, como alguém que poderia fortalecer a comunicação e a vivência desse luto tanto aos pais e demais familiares, bem como, com a própria equipe de saúde. Segundo Parkes (2009), as perdas por morte, demandam do psicólogo, uma compreensão de que o luto é um processo e não um estado, e que para pais que perdem um filho esse momento pode ser

extremamente devastador e dolorido, sendo assim o psicólogo deve conhecer sobre os processos de luto, desenvolvimento humano, alterações emocionais. Propiciar acolhimento, escuta qualificada, comunicação empática e compassiva, orientações, e acompanhamento após a hospitalização.

A comunicação empática e compassiva, reflete-se no estar junto, mesmo que em silencio, é poder acolher o sofrimento vivido, sem cobrar que o paciente expresse verbalmente o que sente (ARANTES, 2019). Mães e pais podem querer ficar em silêncio, chorar e viver o momento da comunicação do óbito, sem julgamentos ou frases prontas (PEREIRA, *et al.*, 2018)

Escuta e acolhimento, são estratégias de cuidado em saúde, estas devem comprometer-se em ouvir sem julgamentos, fazer-se presente no momento de adoecimento ou perda da mãe e dos familiares. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o acolhimento é um compromisso coletivo, fortalece vínculos, autonomia e valoriza os sentimentos dos pacientes. No caso dos estudos que integram esse capítulo o acolhimento e a escuta, foram importantes para que mães e familiares, pudessem expressar, viver e elaborar o seu luto (HVIDTJORN; *et al.*, 2018; RIDAURA; RAICH, 2021).

5 Considerações finais

O luto após o óbito fetal é considerado um período de experiências intensas, que podem gerar traumas e alterações, físicas, psicológicas sociais, culturais e econômicas. Nesse período é imprescindível que, mãe, pai e demais familiares, sintam-se, acolhidos e respeitados em seu momento.

Nesses termos, identificou-se lacunas relacionadas ao preparo dos profissionais da equipe multiprofissional em saúde, em situações de óbitos fetais e luto familiar, deste modo, espera-se que esse capitulo, possa possibilitar conhecimentos e reflexões sobre a práxis profissional e a importância do psicólogo nas equipes de saúde.

Os estudos que compuseram esse capitulo, não detalharam a experiência do luto, por parte dos irmãos e avós, portanto, a partir da compreensão do óbito fetal e do luto como um momento que ocasiona mudanças biopsicossociais a todos envolvidos, sugere-se que estudos sejam realizados com essa perspectiva da vivência do luto pelos demais familiares, bem como pela equipe de saúde. Além disso, percebe-se a necessidade de compreender quais são as estratégias possíveis com pais, uma vez que a maioria dos estudos da ênfase a vivência materna.

Como profissional da psicologia, advogo sobre o compromisso ético com a dimensão humana, em qualquer período do desenvolvimento e processo vivenciado. Entretanto, nas vivências de óbito fetal, faz-se essencial que psicologia possa oportunizar um espaço de escuta, acolhimento e orientação, no qual os sentimentos vivenciados pela família, sejam reconhecidos e possam ser manifestados, com todo afeto e amor pelo filho que partiu.

Referências

ACIOLE, Giovanni Gurgel; BERGAMO, Daniela Carvalho. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. Saúde debate, v. 43, nº122, p. 805-818, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212 Acesso em 18 set 2021.

ARACH**,** Anna Agnes Ojok. Et al., perinatal death triples the prevalence of postpartum depression among women in Northern Uganda: A community-based crosssectional study. **Plos One**, p.1-14, 2020. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240409. Acesso em 15 set. 2021.

ARANTES, Ana Cláudia Quinta, **A morte é um dia que vale a pena viver.** Rio de Janeiro: Sextante, 2019, p 191

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes. Comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando

a alegria e o otimismo, **Rev. esc. enferm. USP**, v, 41, nº4, p. 668-674, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pCsdGFyV45fnyQmNpTGh5Bz/?lang=pt. Acesso em: 18 set 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011. p 229.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS: Atenção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em 23 set. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. – Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf Acesso em 15 set. 2021.

DAS, Manoja Kumar; et al. Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved North Indian parents: A qualitative study. Plos one, v.16, nº1, p. 1-17, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240270. Acesso em 15 set. 2021.

DELALIBERA, Mayara. Et al. Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado - PG-13. Psicol. teor. prat. v.19 nº.1, p. 94-106, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106. Acesso em 17 set. 2021.

FARRALES, Lynn, L. et al., What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. **Psicologia BMC ,** v. 8 , nº 18, p. 1-28, 2020. Disponível em: https://bmcpsychology.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40359-020-0385-x.pdf. Acesso em 15 set. 2021.

FRANCO, Maria Helena Pereira. **O luto no século 21: Uma**

compreensão abrangente do fenômeno. São Paulo, Summus, 2021, p. 184.

GOPICHANDRAN; Vijayaprasad. SUBRAMANIAM Sudharshini; KALSINGH, Maria Jusler. Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India – a qualitative study. **BMC**, v.18, nº 109, p. 1-13, 2018. Disponível em: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1742-0. Acesso em 15 set. 2021.

GURUNG, Abhishek; et al. The Association of Women's Empowerment with Stillbirths in Nepal. **Maternal and Child Health Journal**, v.24, p.15- 21, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10995-019-02827-z Acesso em 15 set. 2021.

HOLANDA, Aline de Andrade Santos. **Caracterização da mortalidade fetal em Pernambuco, de 2000 a 2011: causas e fatores associados**. Recife, 2013, p.61. Monográfia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva), Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/116801/Guia%20-%20como%20fazer%20referencias.pdf?sequence=1#:~:text=Para%20referenciar%20uma%20monografia%2C%20uma,onde%20o%20curso%20foi%20realizado%2C. Acesso em 15 set. 2021.

HVIDTJORN, Dorte. Et al., Life after the loss: protocol for a Danish longitudinal follow-up study unfolding life and grief after the death of a child during pregnancy from gestational week 14, during birth or in the first 4 weeks of life**, BMJ Jornals,** v.8, nº 12, p.1-7**,** 2018. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/12/e024278.full.pdf. Acesso em: 16 set. 2021.

KROSCH, Daniel Jay; FINCH, Jane Shakespeare. Luto, estresse traumático e crescimento pós-traumático em mulheres que perderam a gravidez. ***Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy,*** v. 9, nº 4, p.425-433, 2017. Disponível em: https://content.apa.org/doi/10.1037/tra0000183 Acesso em 15 set. 2021.

LACONELLI, Vera. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**., v. 10, n. 4, p. 614-623,2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlpf/a/hz8B5Z66qkD4nDw8s76CKtn/?lang=pt&format=pdf Acesso em 16 set. 2021.

LEMOS, Luana Freitas Simões; CUNHA, Ana Cristina Barros da. Morte na maternidade: como profissionais de saúde lidam com a perda, **Psicologia em estudo.,** v., 20, nº1, p.13-22, 2015. Disponível em**:** https://doi.org/10.4025/psicolestud.v20i1.23885. Acesso em 16 set. 2021.

NAZARÉ, Bárbara. Et al., Avaliação e Intervenção psicológica na perda gestacional. **Peritia**, v. 3, p 37-46, 2010. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/19130248.pdf Acesso em 15 set. 2021.

OBST, Kate, Louise, et al., Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model, **BMC**, v, 8, nº12, p.1-17, 2020. Disponível em: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2677-9.pdf. Acesso em: 16 set. 2021.

PARIS, Gisele Ferreira; MONTIGNY, Francine de; PELLOSO, Sandra Marisa. Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, nº 4, p 546-553, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500002. Acesso em 17 set. 2021.

PARKES, Colin Murray. **Amor e Perda**. São Paulo, Summus, 2009, p 446.

PEREIRA, Marina Uchoa Lopes, Et al., Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recémnascidos. **Rev Paul Pediatr,** v.36, nº4, p;422-427, 2018. Disponível:https://www.scielo.br/j/rpp/a/8DhN6pSZDHC9KvTWPYPMwCv/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 16 set. 2021.

RICH, Debora. Psychological Impact of Pregnancy Loss: Best

Practices for Midwifery Professionals. **Obstetrícia Clínica e Ginecologia**, v. 61, n3, p. 628-636, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/2018/09000/Psychological_Impact_of_Pregnancy_Loss__Best.24.aspx Acesso em: 15 set. 2021.

RIDAURA, Isabel; PENELO, Eva; RAICH,Rosa. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. **Psicothema**, v. 29, nª. 1, p 43-48, 2017. Disponível em: 10.7334 / psicothema2016.151. Acesso em 15 set. 2021.

ROBERTS, Lisa, et al. Stillbirth and infant death: mental health among low-income mothers in Mumbai. **BMC**, v. 21, nº 292, p. 1-11, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-021-03754-0. Acesso em 15 set. 2021.

RIGGS, Damien; DUE, Clemence; TAPE, Nicole. Australian Heterosexual Men's Experiences of Pregnancy Loss: The Relationships Between Grief, Psychological Distress, Stigma, Help-Seeking, and Support. **Journal of Death and Dying** 2021, v. 82, nº 3, p. 409-423, 2021. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0030222818819339 Acesso em 15 set. 2021.

ROBERTS, Lisa, R; et al., Luto e mulheres: natimortos no contexto social da Índia. **Internacional Jornal Childbirth**, v. 2, nº3, p.1-3 ,2012. Disponível em: https://connect.springerpub.com/content/sgrijc/2/3/199. Acesso em 15 set 2021.

SRIARPORN, Pupilai ; et al., Support program for women grieving after termination of pregnancy: a pilot study. **Nurs Health Sci**, v,19,nº 1, p. 75-80, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nhs.12307. Acesso em 15 set. 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão Integrativa: O que é e como fazer. **Einstein**, v.8, p.102-106, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 set. 2021.

Capítulo 7

AS (NÃO) FASES DO LUTO E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO

Kenny Secchi
Daniel Alcene Leite

Não há nenhum livro de regras. Não há nenhuma escala de tempo. O luto é tão individual como uma impressão digital. Faça o que é melhor para a sua alma.

(W Larcombe & Son)

1 Introdução

A figura do Psicólogo Clínico cumpre um papel sociopolítico que transpassa pessoas, instituições, culturas, seus símbolos e mitos; este papel implica ao profissional que esteja disposto a ouvir e contextualizar o sofrimento do paciente no que envolve o contexto onde este vive e se desenvolve. Entre os anos de 2020 e 2021, a demanda clínica impreterivelmente se deparou com a morte e com o luto de uma maneira que essa geração ainda não havia tido contato. Falar sobre a morte e seus enfrentamentos tem sido pauta frequente nos consultórios de todo o país. Este capítulo tem como objetivo contextualizar a importância do papel do Psicólogo no trato aos aspectos da finitude humana fazendo uma revisão das abordagens utilizadas para lidar com a demanda do luto na atualidade.

2 Luto: implicações clínicas

Está implícito à prática do psicoterapeuta o fato de que irá se

deparar com as diversas formas do sofrimento humano. Dentre os diversos assuntos e temas que motivam as pessoas a buscar o apoio de um profissional de Psicologia, o luto é um tema recorrente.

Não é de hoje que a Psicologia tem se debruçado sobre aspectos relacionados ao luto, já que este é um processo humano que implica permanecer vivo. Ou seja, supostamente vivencia o luto aquele que permanece, e este sofre, busca e elabora a perda no anseio em dar continuidade à vida. No ambiente clínico, o Psicoterapeuta encontra diariamente situações que envolvem o luto, como a perda de um emprego, fim de um relacionamento, perda da liberdade, perda da identidade entre outras tantas coisas que ficam pelo caminho durante nossa jornada.

A morte está à espreita desde o primeiro sopro de vida, ou seja, está presente e faz parte do desenvolvimento humano.

No estudo de Hohendorff (2009) o autor amplia a perspectiva de Costa (1999), Kübler-Ross (2005) e Silva (2003) quando explica que apesar de a morte ser reconhecida como um processo natural, universal e inevitável, os indivíduos se mostram incapazes de lidar com a finitude e tendem assim a evitar o assunto. Sendo a morte um acontecimento que faz parte do desenvolvimento humano e que apesar de estar posto dessa forma, iludimo-nos com a perspectiva de que a morte é algo que acontece apenas na velhice (COMBINATO; QUEIROZ, 2005).

Somos seres vivos que se diferenciam das demais espécies justamente por que temos a percepção da nossa finitude. Durante nossa infância, período compreendido dos zero a 12 anos de idade (PAPALIA; OLDS, 2000) já nos deparamos com diversas perdas. Ainda na leitura de Hohendorff (2009) *apud* Nunes, Carraro, Jou e Sperb (1998) que buscaram na perspectiva desenvolvimental cognitiva, entender como as crianças elaboram o luto e, a partir disso, perceberam que conceitos como irreversibilidade (não há volta para aqueles que morrem), não-funcionalidade (sessa-se as funções vitais de quem morre) e universalidade (todo ser vivo morre) são necessários e fundamentais para que as crianças entendam a finitude. O que, no entanto, não exclui a dor e sofrimento pelo qual a criança passa.

Logo após a infância, damos início ao nosso processo de criação de identidade: adolescência. O adolescente, inebriado pelo sentimento de uma suposta imortalidade, apresenta dificuldades em perceber a presença da morte. Nessa etapa do desenvolvimento, o indivíduo está tão empenhado na busca de consolidação de identidade que sobra pouco espaço para pensar sobre a morte (HOHENDORFF, 2009 *apud* RODRIGUEZ; KOVÁCS, 2005).

No entanto, sendo inevitável que se deparem com a perda, adolescentes frente ao acontecimento da morte apresentam reações como: choque, descrença, susto ou desesperança, tristeza, ressentimento, dor, autocomiseração, desespero e desorientação. Lembrando que os sentimentos podem diversificar entre si em relação a proximidade com a pessoa perdida e que, sentimentos como dor e tristeza estão presentes em todo tipo de perda por morte (DOMINGOS E MALUF, 2003).

Quando chegamos à idade adulta, as perdas acarretam outros significados e implicam que seja necessário ao adulto assumir outros papéis no âmbito familiar e social, dessa forma, a morte de alguém próximo causa ao jovem adulto uma dificuldade de lidar com seus processos de individualização, como citado no estudo de Hohendorff (2009), Papalia e Olds (2000), Zilbermann (2002). Ainda em outro estudo de Melo, Costa, Cardelli e Moraes (2004), perdas durante a idade adulta podem implicar um certo crescimento que depende diretamente da forma como o adulto lida com o processo de perda.

Por fim, chegamos à velhice, onde o número de perdas aumenta consideravelmente. Esse fato por si só, faz com que nessa fase do desenvolvimento o indivíduo pense mais sobre sua finitude. Em seus estudos, Silva, Carvalho, Santos, Menezes (2007) perceberam que o idoso além da perda de pessoas próximas, perde sua ocupação, sua força física, a redução de seu aparelho sensorial e, em alguns casos, perda do funcionamento cerebral. A proximidade com a finitude que acompanha o idoso gera ansiedade (ROSENBERG, 1992).

Importante reforçar que a percepção que temos acerca da morte recebe diferentes influências em diferentes níveis. Fatores

como evitação e estresse e temor implicam um certo distanciamento do tema, além dos avanços da medicina que, cada vez mais, buscam prolongar a vida nos dando uma falsa percepção de longevidade (HOHENDORFF, 2009).

A partir dos pontos de vista levantados acima, entendemos que o psicoterapeuta que atua na clínica impreterivelmente irá se deparar com o tema da finitude. Além da psicoterapia pessoal, da supervisão e dos estudos contínuos, o psicoterapeuta que atua na clínica deve estar amparado teoricamente acerca do tema do luto e da finitude, tanto para auxiliar seus pacientes, quanto para lidar com fatores internos.

Essa atuação clínica implica critérios de diagnóstico que podem variar de abordagem para abordagem. Além disso temos várias classificações de luto como: luto natural, luto complicado, luto antecipatório, luto não reconhecido, luto ausente, luto atrasado, luto traumático, luto gestacional, luto coletivo entre outros.

Também é comum encontrarmos uma grande quantidade de artigos e estudos científicos tratando sobre as fases do luto e é justamente sobre esse aspecto que queremos ampliar a discussão aqui.

3 Fases do luto ou caminhos da finitude?

O psicoterapeuta atuando na clínica psicológica, ampara-se através de uma abordagem e dependendo da abordagem faz uso de métodos e técnicas de intervenção para que possa auxiliar o paciente que busca apoio. Quando a demanda tem relação com a morte e consequentemente o luto, não é diferente. Existe uma diversidade de modelos teóricos que intencionam auxiliar o psicoterapeuta a lidar com as questões de saúde física e mental envolvidas no luto, ou, como escreve Parkes (1996), grande evento de vida.

A teoria das fases, que propõe a progressão do luto através de estágios emocionais específicos, se apresenta hoje sobre forte influência quando o tema é abordado. De acordo com Stroebe

(2017) a teoria dos estágios vem sendo adotada em uma longa tradição, tanto na Psicologia quanto na Medicina e em estudos relacionados com o desenvolvimento, campo social, clínico e de saúde. Talvez, pensando sobre uma lógica focada em diagnóstico intencionando uma intervenção mais precisa, a teoria dos estágios acaba oferecendo uma forma simplificada de tentar entender o sistema complexo que é o comportamento humano, postulando e ofertando evidências empíricas em relação às fases e a pequenas mudanças cognitivas (STROEBE, 2017 *apud* McGORRY, 2007).

A teoria das fases ganha amplitude e pode-se dizer que tem gênese com a publicação da monografia "On Death and Dying" - Sobre a Morte e o Morrer - de Elizabeth Kübler-Ross (1969). Esse estudo, suporta teoricamente que as pessoas moribundas passam por cinco estágios de luto, a saber: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Precisamos nos ater aqui ao fato de que o termo utilizado por Kübler-Ross é moribundo, que etimologicamente tem relação com a morte ou "que ou aquele que está morrendo, agonizante, do Latim *moribundus"* (CUNHA, 2011).

No subtítulo do livro citado, Kübler-Ross faz um questionamento: "*O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes"* (Kübler-Ross, 2005) e podemos verificar durante a leitura, quão significativos são os diálogos que acontecem entre a autora e os seus pacientes, bem como a forma como ela liga cada estágio a um processo de elaboração tanto do moribundo quanto de seus familiares que estão na expectativa da perda.

Porém, durante os anos a teoria das fases recebeu oposição de outros estudiosos, como é o caso de Wortman e Silver (SILVER & WORTMAN, 1980; WORTMAN & SILVER, 1987, 1989, 1992) que em seus estudos apontavam algumas consequências desastrosas para os enlutados, principalmente relacionados ao curso não linear e temporal de enfrentamento da perda, variável de indivíduo para indivíduo (STROEBE, 2017).

Ainda no estudo de Stroebe (2017) o autor faz referência

advertência de uma instituição de medicina da época acerca das noções de estágio:

> A noção de estágios pode levar as pessoas a esperar que os enlutados prossigam de uma reação claramente identificável a outra de uma forma mais ordenada do que normalmente ocorre. Também pode resultar em comportamento inadequado em relação aos enlutados, incluindo avaliações precipitadas de onde os indivíduos estão ou deveriam estar no processo de luto. (OSTERWEIS & GREEN, 1984, p. 48).

Stroebe (2017) cita outros autores que durante décadas buscam refletir acerca da aplicação clínica da teoria das fases entre eles: Neimeyer (2000); Schuchter e Zisook (1993); Jacobs (1993), Corr (1993,2011,2015), Friedmann e James (2008).

Buscando ampliar a perspectiva de como o tema foi tratado na publicação de Kübler-Ross, destacamos na edição de 2005, a palavra luto, a qual encontramos 4 citações a saber:

> O fato de permitirem que as crianças continuem em casa, onde ocorreu uma desgraça, e participem da conversa, das discussões e dos temores, faz com que não se sintam sozinhas na dor, dando-lhes o conforto de uma responsabilidade e **luto** compartilhados. É uma preparação gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer (p. 10).

No trecho acima, retirado do primeiro capítulo intitulado, Sobre o temor da morte, a autora busca contextualizar historicamente a relação da humanidade e o seu pavor face à finitude. Fala também, sobre formas que temos de superar o medo, principalmente num contexto familiar onde o morinbundo não tinha condições de tratamento em um ambiente hospitalar, ou nos chamados *Hospices*, que são destinados a doentes terminais. Neste contexto, o paciente recebia afeto e atenção da família, e muitas vezes, acabava por falecer no local onde viveu e onde permaneceram vivendo os familiares, onde acontece então, uma possibilidade de luto compartilhado, mas que nesse trecho não se relaciona com uma fase específica do luto.

Seguindo a leitura encontramos outra citação:

> À medida que se sentia mais fraco e incapaz de trabalhar, rememorando sua vida passada, conscientizava-se ainda mais da discrepância entre os seus valores e os dela. O abismo parecia tão profundo que a comunicação se tornara quase impossível. Tudo isto aconteceu a esse homem durante o **luto** pela morte da filha, que reavivou a tristeza sentida pela morte dos pais. Pelo que falou, sentimos que foi tanto sofrimento que não podia acrescentar mais tristeza, deixando suspenso um diálogo que talvez lhe proporcionasse uma sensação de paz. Havia um sentimento de orgulho em toda essa depressão, um sentimento digno, apesar da falta de reconhecimento de sua família. Deste modo, não nos era possível ajudar, apenas desejar servir de instrumento numa conversa final entre ele e a mulher. (p. 114).

A citação acima, encontra-se no capítulo que trata do quarto estágio: Depressão. No início deste capítulo, a autora discorre sobre o momento onde o paciente terminal já não consegue mais negar sua doença, segundo a própria autora, o sentimento implicado neste momento é o de uma grande perda, que vem seguida de perda sequentes como: perda de peso, dos cabelos, de um emprego, da imagem de si dentre tantas outras. Obviamente que esta citação pode se enquadrar no que chamamos de um luto antecipatório, isso é inegável, mas a reflexão que se levanta aqui é a de que não se trata de uma etapa cronológica ou sequencial, essas perdas podem ocorrer em diferentes cenários e momentos sem que para isso haja um precedente de outra etapa.

Quando se realiza a leitura da citação seguinte, fica ainda mais evidente, pois a autora relata que a depressão apresentada era relacionada a um luto não terminado. Seria como dizer que existe uma "fase do luto" dentro de outra "fase do luto" implicando a depressão do paciente:

> Finalmente, entendemos por que a equipe hospitalar ignorava até que ponto o Sr. H. estava ciente de sua doença. É que ele não pensava tanto no câncer quanto na revisão do significado de sua vida, buscando meios para dividi-la com a pessoa mais importante, sua mulher. Sua profunda depressão não se devia à doença incurável mas a não ter terminado o **luto** pela

> morte de seus pais e filha. Quando já existe muita dor, não se sente tanto quando uma dor nova atinge um corpo sadio. Entretanto, sentíamos que aquela dor poderia ser aplacada se encontrássemos meios de comunicar tudo isto à Sra. H. (p. 115).

Logo abaixo, dando continuidade à leitura, a autora comenta que é longo o período de luto que o paciente terá pela frente, e reforça que isso terá fim. Este trecho exige um pouco mais de reflexão, visto que, o paciente está em estado terminal, lidando com um estágio de sua terminalidade, que implica sentimentos e emoções frente a uma desesperança de possibilidade de cura e começa a rever sua vida e suas ações. Os processos ou fases descritas pela autora, falam justamente disso, de fases no processo de morte, onde é possível sim, entender através de um acompanhamento clínico que o paciente ainda vive um luto complicado, ou não vivenciado, mas não uma fase.

Retomando então o pensamento central do estudo de Kübler-Ross, o paciente que recebe um diagnóstico de uma doença onde o prognóstico implica uma terminalidade iminente, passa então a vivenciar fases ou estágios frente ao encontro inevitável, e agora declarado, de sua finitude. Onde num primeiro momento, nega e busca se isolar tentando entender o porquê desse acontecimento ou como cita a autora:

> Ao tomar conhecimento da fase terminal de sua doença, a maioria dos mais de duzentos pacientes moribundos que entrevistamos reagiu com esta frase: "Não, eu não, não pode ser verdade." Esta negação inicial era palpável tanto nos pacientes que recebiam diretamente a notícia no começo de suas doenças quanto naqueles a quem não havia sido dita a verdade, e ainda naqueles que vinham a saber mais tarde por conta própria. (p. 43).

Para em seu tempo passar da negação ao estágio de raiva, que se propaga de várias maneiras e formas entre familiares e membros da equipe médica. A autora comenta que "quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surge, lógica, uma pergunta: Por que eu?"

(KÜBLER-ROSS, 2005. p. 55).

O Terceiro estágio, segundo a autora, é o menos conhecido, mas tem grande importância para o paciente. A Barganha, acontece logo após o entendimento de que os ataques de ira do paciente não foram suficientes para que o prognóstico mudasse. A partir disso, o morimbundo busca então replicar um comportamento infantil, onde a criança que se comporta bem é poupada do possível castigo, veja:

> A barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento; tem de incluir um prêmio oferecido "por bom comportamento", estabelece também urna "meta" auto-imposta (por exemplo, um show a mais: o casamento de um filho) e inclui uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido (p. 89).

O quarto e penúltimo estágio é a depressão, como comentou-se anteriormente, vem atrelado ao sentimento de grande e múltiplas perdas. E por último vem o estágio de aceitação. De acordo com Kübler-Ross (2005), o paciente que tiver tempo suficiente, ou seja, que não teve uma morte súbita e inesperada, poderá alcançar este estágio. A autora reforça, que para chegar a este estágio, o paciente precisará ajuda e apoio para superar as fases anteriores, ou seja, para que as fases tenham início e fim, se faz necessário uma certa conscientização, por isso o estudo de Kübler-Ross é tão importante para médicos, enfermeiros, religiosos, profissionais da Psicologia, tanatólogos e demais pessoas envolvidas no acompanhamento de um indivíduo que se encaminha para o fim da vida.

Não há a mínima intenção neste estudo de desqualificar e descreditar o primoroso trabalho executado pela autora em sua brilhante carreira profissional, pelo contrário, a intenção é fazer *jus* aos seus esforços na boa prática abarcando numa leitura precisa, sua teoria. Entende-se que o profissional de Psicologia que atua tanto na clínica, quanto no ambiente hospitalar ou em instituições de longa permanência de idosos (ILPI) podem se beneficiar muito da leitura e estudo deste trabalho justamente pelo seu contato constante com a brevidade da vida.

4 Contribuições ao percurso do luto

Outros dois autores acabaram contribuindo com a perspectiva das fases no processo de luto. O primeiro deles é o Psicólogo, psiquiatra e psicanalista britânico John Bowlby (1907 - 1990). Bowlby em seus estudos sobre a "*Attachment Theory*" ou, Teoria do Apego, verificou que os indivíduos criam laços afetivos através de familiaridade e proximidade com figuras parentais no início de vida. Esses laços são entendidos pelos indivíduos como garantidores de segurança e sobrevivência, a partir disso Bowlby (1990) é quem primeiro descreve as fases do rompimento ou da perda desses laços, ou as fases do luto, já que envolvem não somente o luto pela morte mas por outros tipos de perdas significativas. Segundo Bowlby (1990) as fases do Luto são: 1º Entorpecimento: Manifestações de desespero ou de raiva, nível alto de tensão; 2º Anseio e Busca da Figura Perdida: Percepção de que houve uma perda e ilusão de que ela não é real; 3º Desorganização e Desespero: Choro, raiva, percepção de que a vida sem o outro não vale a pena; e 4ºReorganização: aceitação da perda definitiva e descoberta de possibilidades para retomar a vida.

De acordo com Matos-Silva (2011), Bowlby se utiliza de estudos realizados por Parkes (1970), onde o autor fez uma pesquisa com viúvos, que visava compreender comportamentos típicos e reações em relação à perda de suas companheiras. A partir disso, Bowlby descreve as quatro fases do luto que podem ser aplicadas a quaisquer outras perdas, reforçando que as fases podem variar e não tem uma duração exata.

Stroebe, Schut e Boerner (2017) reforçam em seus estudos que tanto Bowlby, quanto Parkes acabaram incorporando de forma teórica as fases do luto, porém, com um pouco mais de cuidado em relação à forma que Kübler-Ross fez. Bowlby (1980) afirma que há uma oscilação entre as fases entre diferentes indivíduos e que as fases não são claras.

Outro autor que se dedica ao estudo do luto é William Worden (1932). Worden é autoridade mundial no tratamento do luto. Worden diferentemente de Bowlby usa o termo tarefas ao

invés de fases, e as descreve da seguinte maneira: Tarefa 1 - Aceitar a realidade da perda; Tarefa 2 - Elaborar a dor da perda: expressar emoções; Tarefa 3 - Ajustar-se ao ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu; e Tarefa 4 - Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu continuar a viver.

Da mesma forma que Bowlby, Worden entende que as tarefas não são lineares e que há uma mobilidade entre as tarefas. Percebe-se então que estes dois autores trazem uma visão mais específica sobre o processo de perda, mesmo este não seja apenas vinculado à morte. Matos-Silva (2011), salienta que apesar de haver uma consciência racional da perda, é preciso mais tempo para que ela seja absorvida emocionalmente, essa falta do objeto perdido extrapola o campo sensorial, pois é sentida e percebida por outras pessoas e em diferentes contextos e ambientes, o que implica um reajustamento e retomada da vida cotidiana que acontece paulatinamente.

Hoje é possível encontrar novas abordagens que somam esforços na busca da compreensão dos fenômenos do processo de luto, entre eles o Processo Dual (STROEBE, 2008; STROEBE e SCHUT, 1999 e 2001). De acordo com Franco (2019) o modelo de processo dual questiona as abordagens mais tradicionais tecendo uma crítica quanto ao método e proposta de elaboração do luto, principalmente pela falta de evidências empíricas e de validação em diferentes contextos e culturas.

Em contrapartida, o Processo Dual se dispõe a revisar as concepções teóricas, além de buscar identificar dois tipos de fatores estressores - fatores orientados para perda e fatores orientados para restauração - além disso, o modelo considera a um processo que regula de forma dinâmica o enfrentamento ao qual o enlutado se confronta. O enfrentamento adaptativo vem acompanhado de uma proposta de confrontação/evitação da perda, que caminha ao lado da necessidade de restauração (FRANCO, 2019).

5 Implicações clínicas: do diagnóstico à intervenção

Franco (2019) em seu estudo sobre o luto como experiência

vital, aborda aspectos relevantes que servem de suporte ao psicoterapeuta que se depara com a demanda de luto na clínica. Para que possamos aproveitar melhor as considerações de Franco sobre o tema, antes precisamos fazer uma importante diferenciação entre Luto e Luto Complicado.

Refletimos aqui que as perdas se fazem presentes em diferentes momentos da vida desde o nascimento até o ato derradeiro. Ou seja, de uma forma natural todos nós passamos por uma espécie de Luto natural, que de acordo com Jacobucci (2016) são aspectos percebidos em todos os indivíduos que perdem algo significativo, aspectos como desinteresse em atividades cotidianas, isolamento social, saudade, tristeza que podem variar e evoluir ao longo de um período indeterminado e que, em alguns casos, podem culminar num estado de depressão.

O acompanhamento realizado por um psicoterapeuta nesse momento é de grande auxílio para que o indivíduo possa encontrar apoio emocional e possa redirecionar o seu caminho às atividades habituais de sua rotina.

Distinguir o Luto Natural do Luto Prolongado, ou, Transtorno do Luto Prolongado (TGP) como nomeado por Prigerson (2008), se mostra relevante para que o acompanhamento do psicoterapeuta possa ser efetivo. De acordo com Franco (2019) *apud* Prigerson (2008) os critérios para diagnóstico de TGP são:

a) Pessoa ter vivido a perda por morte de alguém que lhe era significativo e reage com preocupação intrusiva com o morto (buscar, procurar, sentir saudades doloridas) e

b) Os seguintes sintomas são marcantes e persistentes: evitação, falta de sentido no futuro, entorpecimento, choque, dificuldade em acreditar na morte, sensação de vazio, sem realização na ausência da pessoa, sente como parte de si tivesse morrido, sua visão de mundo perde em confiança, segurança, senso de controle, apresenta sintomas e/ou comportamentos de risco semelhantes aos do falecido, amargura

O estudo de Prigerson (2008) reforça ainda que em grupos que apresentam o diagnóstico de TGP é possível identificar

condições como: ideação suicida, depressão, ansiedade, baixa qualidade de vida, alto índice de internações, transtornos de sono, hipertensão, tabagismo e a redução na qualidade de comportamentos relacionados à vida diária (FRANCO, 2019).

Prigerson (2008) defende que o TGP se apresenta de forma diferente de outros transtornos psiquiátricos, pois é composto por sintomas muito próprios. A autora propõe ainda, que na próxima edição do DSM seja incluído o TGP a partir dos seguintes critérios: angústia de separação; sintomas cognitivos, emocionais, comportamentais: mais de cinco sintomas diariamente ou em grau de extremo sofrimento; efeitos indesejados; fatores de risco específicos para Transtorno de Luto Prolongado (não depressão), fatores socioeconômicos; fatores psicossociais. (FRANCO, 2019 apud PRIGERSON, 2008)

É importante reforçar que de acordo com a leitura acima o TGP se diferencia de outros diagnósticos como Depressão e Ansiedade. A utilização do conceito de TGP é importante para que enlutados em risco não passem despercebidos, caso o foco de detecção ficasse apenas nas características de depressão e ansiedade, além de reforçar que o uso de antidepressivos se mostra com pouca resposta em casos de TGP (BOELEN e PRIGERSON, 2007).

A partir dos critérios diagnósticos bem estabelecidos, Franco (2019) considera alguns fatores em que a intervenção se mostra uma opção a ser considerada, desde que haja profissionalismo e treinamento adequado, assim como, espera-se que o profissional possa contribuir com atributos pessoais como boa vontade, generosidade, empatia, crença no propósito de sua intervenção, habilidades e competências clínicas.

Além disso, a rede social que se estrutura ao redor do enlutado desempenha um papel significativo, ou seja, se mostra interessante que o enlutado busque apoio em pessoas próximas, principalmente aquelas que de algumas formas estejam afastados de sua fonte de satisfação e reconhecimento afetivo (FRANCO, 2019).

6 Níveis de intervenção

Ao nos aprofundarmos na leitura do estudo de Franco (2019) ampliamos a perspectiva da abordagem quando pensamos em três níveis de intervenção que podem nortear a atuação sendo elas: Prevenção Primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária (FRANCO, 2019).

A Prevenção Primária engloba todas as pessoas enlutadas, o psicólogo deve nesse contexto avaliar os recursos e as condições de resiliência que o paciente apresenta. Na Prevenção secundária, o paciente possivelmente apresenta fatores de risco que devem ser considerados e por último, na Prevenção Terciária, o foco direciona-se aos pacientes com reações de Luto Complicado.

Mesmo em casos de Luto Complicado, os estudos de Schut, Stroebe, Van Den Bout, Terheggen (2001); Jordan e Neimeyer (2003), evidenciam que a terapia surte efeitos positivos, no entanto, devemos considerar que o acompanhamento e intervenções devem ser realizadas principalmente com pessoas que apresentem alguma circunstância de risco sociodemográfico e se amplia em caso de mortes violentas como assassinatos e suicídios, além claro de agravantes como: pessoas sem apoio familiar, pessoas cujo falecido era provedor, pessoas que apresentam ideação suicida e pessoas com histórico de transtornos psiquiátricos (FRANCO, 2019).

O luto deixa suas marcas na sociedade em diferentes âmbitos e contextos. Durante a construção deste capítulo, buscamos apresentar algumas reflexões acerca das abordagens psicoterapêuticas e possibilidades de intervenção do Psicólogo que atua na Clínica. O tema exige atualização constante e espera-se que este capítulo, assim como as referências aqui citadas, sejam o ponto de partida para profissionais que buscam e querem ampliar a perspectiva em relação aos cuidados e intervenção com enlutados.

7 Considerações finais

Entende-se a partir disso que o rompimento ou perda, seja de um objeto, indivíduo, ser ou até mesmo de uma situação

ou relacionamento, seja pela morte, perda, afastamento ou outro motivo, desperta uma série de sentimentos e reações que podemos considerar como não patológica e que implicam o processo de luto.

A elaboração deste luto se faz necessária para a recuperação psicológica do indivíduo envolvido no processo. E para que isso seja realizado de maneira acolhedora e eficaz, o profissional responsável pelo acompanhamento desse processo deve ampliar a perspectiva dos processos, tarefas e fases do luto, incorporando ao seu ponto de vista novas possibilidades terapêuticas e estudos já realizados sobre a temática.

O manejo do Psicólogo que atua na clínica, frente a situação de luto, pode ser orientado tanto pelo aconselhamento psicológico, quando o luto não apresenta características complicadoras. Ou então, através da psicoterapia, buscando amparar o enlutado na resolução dos conflitos que envolvem a perda de alguém significante (RAMOS, 2016).

Dentre as intervenções fundamentadas que discorremos aqui, entendemos que as que envolvem a teoria do apego, apresentam uma melhor possibilidade de intervenção. Não deixando de considerar e dar importância à realidade do sujeito enquanto ser biopsicossocial.

Referências

BOELEN, P. A. e PRIGERSON, H.G. **The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults**. A prospective study European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 257:8 2007

BOWLBY, J. Apego e perda, Vol 1. **Apego**: a natureza do vínculo (2a ed). São Paulo: Martins Fontes, 1990. (Trabalho original publicado em 1969)

COMBINATO, D. S; QUEIROZ, M. C. Morte: Uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, Natal, v, 11, n. 002, p. 209 - 216, 2005.

CORR, C. Lidar com a morte: Lições que devemos e não devemos aprender com o trabalho de Elisabeth Kübler-Ross. Ômega (Westport) 17(1): 69–83. 1993

CORR, C. Pontos fortes e limitações da teoria do palco proposta por Elisabeth Kübler-Ross. In: DOKA, K. TUCCI, A. (eds) **Novas perspectivas sobre a morte, morte e luto**, Washington, DC: Hospice Foundation of America, pp. 3–16. 2011

CORR, C. Vamos parar de "encenar" pessoas que estão lidando com a perda. **Doença, Crise & Perda** 23(3): 226–241. 2015

COSTA, W. C. Morte e Desenvolvimento Humano. In: Py, Ligia. **Finitude:** uma Proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU, 1999

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa.** 4º Edição revista e atualizada de acordo com a nova ortografia. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

DOMINGOS, B; MALUF, M. R. Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. **Psicologia: Reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 16 n. 3, p. 577 - 589, 2003.

FRANCO, M. H. P. Luto como experiência Vital. **XXXV Simpósio de Psicologia** - 40o Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Luto como experiência vital. 2019

FRIEDMAN, R., JAMES, J. W. O mito dos estágios da morte, morte e luto. **Cético** 14: 37–42. 2008

HOHENDORFF, J., & MELO, W. Compreensão da Morte e Desenvolvimento Humano: contribuições à psicologia hospitalar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 9(2), 480-492. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9118/6994> acesso em: 04/09/2021

JACOBS, S. **Luto patológico: Maladaptation to loss**, Washington, DC: American Psychiatric Association. 1993

KELLEHEAR, Allan. **Um História Social do Morrer** - I. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2016.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer** (Paulo Menezes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MATOS-SILVA, Mariana Santiago. **"Teclando" Com os Mortos: Um estudo sobre o Uso do Orkut Por Pessoas em Luto**. Tese Doutorado PUC RIO. Rio de Janeiro. 22 de Março de 2011. Disponível em: <34467_1.PDF (puc-rio.br)>

McGORRY, P. D. **Questões para DSM-V:** Encenação Clínica: Um caminho Heurístico para a nosologia válida e tratamento mais seguro e eficaz na psiquiatria. The American Journal of Psychiatry 164. 2007.

MELO, S. A; COSTA, A; CARDARELLI, G; MORAES, L. S. C. Elaboração de perdas por mulheres maduras saudáveis. **Interação em Psicologia**, Paraná, v.8, n. 1, p. 129 - 140, 2004.

NEIMEYER, R. Em busca do significado do significado: Terapia de luto e processo de reconstrução. **Estudos de Óbito** 24(6): 541–558. 2000

NUNES, D. C; CARRARO, L; JOU, G. I; SPERB, T. M. As crianças e o conceito de morte. **Revista Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 579 - 590, 1998.

OSTERWEIS, M., SOLOMON, F., GREEN, M. **Luto: Reações, consequências e cuidados**, Washington, DC: National Academy Press. 1984

PAPALIA, D. E; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano. Humano.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta** (Maria Helena Franco Bromberg, Trad.). São Paulo: Summus, 1998.

RAMOS, Vera Alexandra Barbosa. **O Processo de Luto**. Psicologia. O Portal dos Psicólogos, 2016. Disponível em:

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/1021.pdf> acesso em: 04/09/2021

RODRIGUEZ, C. F; KOVÁCS, M. J. Falando de morte com Adolescente. **Estudos e Pesquisas em Psicologia,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 127 - 143, 2005.

ROSENBERG, R. L. **Envelhecimento e Morte.** In: M. J. KOVÁCS. Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. p. 58 - 89.

SILVA, C. A; CARVALHO, L. S; SANTOS, A. C. P. O; MENEZES, M. R. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16 n. 1, p. 97 - 104, 2007.

SILVA, A. L. P. O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar. **Interação em Psicologia**, Paraná, v. 7, n.1, p. 27 -35, 2003.

SILVER, R.C., WORTMANN, C.B. (1980) Enfrentando eventos indesejáveis da vida. In: GARBER, J., SELIGMAN, M. (eds) **Desamparo humano: Teoria e aplicações**, Nova York, NY: Academic Press, pp. 279–375.

STROEBE, Margaret; SCHUT, Henk & STROEBE, Wolfgang. **Bereavement Research:** methodological issues and ethical concerns. Palliative medicine, 17, p. 235 - 240, 2003.

STROEBE, Margaret; SCHUT, Henk & STROEBE, Wolfgang. **Health outcomes of bereavement**. The Lancet, v. 370, p. 1960 - 1973, 2007.

STROEBE M, SCHUT H, BOERNER K. **Cuidados com os Profissionais de Saúde**: Pessoas Enlutadas são equivocadas através das fases do luto. OMEGA - Diário da Morte e Moribundo. 2017;74(4):455-473

SCHUCHTER, S.R., ZISOOK, S. O curso do luto normal. In: STROEBE, M., STROEBE, W., HANSSON, R. (eds) **Manual de luto: Teoria, pesquisa e intervenção**, Nova York, NY:

Cambridge University Press, pp. 23–43. 1993

ZILBERMAN, A. B. **A concepção de morte em adultos jovens no processo de individuação.** 2002. 82 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Rio Grande do Sul, RS.

Capítulo 8

SUICÍDIO: DO LUTO NÃO FRANQUEADO AO LUTO CUIDADO

Ingrid Esslinger

Por tudo isso que não compreendemos, mas podemos sentir, a vida vale a pena – também quando o mundo parece desabar sobre nós ou arrancar de nossas mãos aquela última e pálida esperança.

(Lya Luft)

Convidada a escrever um artigo, comecei a viajar em minha memória para diferentes histórias – pessoais e profissionais – de perdas, morte e luto. Qual das histórias escolher para narrar? Tal como Luft (2006), não sem receio, optei pelo caminho autorreferente. Receio do que? Calei muito tempo esta narrativa, preocupada com o olhar "do outro", em realidade, numa primeira instância, eu mesma a me julgar…

Ao mesmo tempo que um relato pessoal, a experiência pela qual passei tem estreita relação com meu caminho profissional: a escolha por trabalhar como *escutadora* de narrativas alheias de perdas, morte e luto. Também com a escolha de meus temas de doutorado e mestrado (mais notadamente, deste último): a formação dos profissionais de saúde para trabalhar com estas questões.

Antes de contar minha história, vale ressaltar como vejo a narrativa: ela traduz, segundo Benjamin (1933) aquilo que é *particular* da experiência de quem narra, mas, ao mesmo tempo, necessita de um ouvinte o qual a receberá e interpretará. Minha experiência, toca sempre o outro, reverbera… Narrar uma experiência conecta aquele que o faz à sua experiência, à do outro, à do antepassado, amalgamando o pessoal e o coletivo… Pela tradição oral cria-se uma tríplice competência saber-dizer, saber-

ouvir, saber-fazer.

1 Voltando no tempo

Eu contava com 14 anos. Foi quando lembro da primeira "crise" de minha mãe (curiosa esta palavra que pode significar oportunidade). Ela precisou ser internada numa "instituição" cuja natureza ainda não estava clara para mim (mais tarde, entendi que era um hospital psiquiátrico). Seu diagnóstico na época: psicose maníaco-depressiva, hoje transtorno de humor bipolar… Palavras podem revelar ou podem ocultar, mas, nestas duas definições, separadas pelo tempo e pelo avanço da medicina que com ela adveio, fica evidenciado que há momentos de euforia e outros, de intensa depressão que acometem a pessoa. Sim, minha mãe deixava de ser "apenas" minha mãe (que sempre foi e continua sendo, até hoje), para ser uma "doente" com grave quadro de psicose (assustador para uma então menina de 14 anos). Foi muito difícil aceitar que "as duas pessoas" eram uma só, a mesma…

Não sei qual destes sintomas me causava mais medo, se a depressão ou a mania. Na depressão lembro de não ter uma mãe, sua ausência ocupava todos os espaços (quem disse que o vazio é vazio?); na fase da mania, havia que ter energia extra para a vigiar, para ouvir os intermináveis relatos, na maioria desconexos. Eu me perguntava: "*estarei eu ficando louca"?* "*Por que não compreendo muitas "coisas" que ela está dizendo"?* E eu seguia tentando dar sentido àquela experiência, assim como neste momento, em que a divido com você, leitor.

Lembrem-se: estávamos na década de setenta: vários recursos que hoje a medicina tem, não existiam. Vários caminhos foram percorridos: inúmeras psicoterapias, acompanhamento psiquiátrico, internações, eletrochoque (hoje, com nome mais "glamoroso") e, já na fase final da doença de minha mãe, o carbolitium começou a ser usado.

Desde o momento do diagnóstico de minha mãe, até setembro de 1980, quando ela morreu, foram longos quatro anos. SIM!!!! Suicídio: após várias tentativas, esmigalhou a si

mesma, esmigalhando também, de alguma forma, aqueles que com ela conviveram, que a amavam. O suicídio é uma morte que vem de dentro, construída na dor da alma. Sua morte foi pública, escancarando ainda mais nossas feridas (sim, leitor, há uma intencionalidade na "escolha" de cada forma de suicídio). O suicídio tornado público, tem um componente altamente agressivo para com os entes queridos.

O que senti? Um pouco de tudo aquilo que a literatura sobre o tema relata acerca daqueles que ficam:

- Sentimento de insuficiência: como o simples fato de eu existir não foi suficiente para evitar a morte de minha mãe?
- Sentimento de vergonha diante do "fracasso" em evitar sua morte e, pelo tipo de meio, fracasso e vergonha tornados públicos.
- Sentimento de ALÍVIO, sim, alívio com todas as letras maiúsculas, pois, aqueles que de alguma forma não desejam viver, mostram que o mesmo desejo pode estar em nós escondido … Alívio pois cuidar de uma pessoa nestas condições, traz muita dor, cansaço e um enorme sentimento de impotência. Aprendizado ou genética, foi nesta época que comecei a questionar se a vida valia a pena ser vivida. Há como que uma contaminação. A eterna vigilância nos períodos de mania, também exigia muita energia. Tudo isso misturado num caldeirão de sentimentos gerando alívio pela morte.
- Sentimento de culpa pelo alívio, ou mesmo, para ser sincera comigo e com meu leitor, pelo fato de, muitas vezes, com muita raiva e de forma explícita, ter desejado a morte de minha mãe. Galiás, (2003) ao se referir a sua experiência de ter perdido um filho por (e para) o suicídio, diz: "é muito difícil, juntar ambos, assassino e assassinado, algoz e vítima num só, no mesmo filho, amado e odiado, que se quer tanto proteger, *pegar no colo, quanto bater, socar, colocar de castigo".* É muito difícil integrar a mãe que protege, que dá à

vida, com aquela que faz sofrer, que causa ferida tão grande, em quem confiamos e que nos "trai", nos desprotege.

- Raiva do morto: porque ela fez isso comigo?
- Raiva dos então "adultos" que me cercavam. Desconfiança: será que fizeram tudo que era possível para salvar minha mãe? Seria possível voltar a confiar em alguém?
- Raiva por continuar viva, punição…UFA!!!! Acho que consegui entrar neste enorme caldeirão de sentimentos diante do suicídio de minha mãe.

2 Voltando à cena da morte em si…

Eu cursava o primeiro ano do curso de Psicologia numa Faculdade particular de São Paulo. Havia realizado uma prova de português (disciplina do então núcleo básico). Como terminei a prova rapidamente, voltei antes do tempo para casa. Felizmente, como soube mais tarde, parei num shopping em frente ao meu apartamento para conversar com uma amiga. Se assim não tivesse feito, teria presenciado o "vôo" de minha mãe rumo à morte… Quando cheguei no prédio onde morava, estava lá um corpo estendido no chão. Coberto, é verdade, com uma coberta cuja imagem até hoje tenho gravada de forma clara. Mas eu sabia, *com aquele saber vindo do coração*, que era minha mãe e não um corpo estranho. Um dos funcionários do condomínio que bem me conhecia e do qual eu muito gostava, foi se aproximando de mim, sussurrando: "*calma filha, é sua mãe*".

A partir deste momento lembro apenas que me preocupei com minha irmã e minha avó (mãe de minha mãe) que estavam em casa quando tudo aconteceu. Tenho a sensação de ter congelado minha dor e, imediatamente, comecei a cuidar dos aspectos burocráticos do suicídio. Afinal, há que provar que não foi homicídio, há que mostrar como tudo foi feito, com minúcias de detalhes. Há que achar um padre que concorde em fazer os rituais desejados pela família… Afinal, suicídio é pecado (de forma mais, ou menos branda, as religiões condenam o ato). Alvarez (1990) faz

um extenso estudo de como o Suicídio foi/é "julgado", considerado até mesmo um pecado mortal. Atualmente, a moralidade do ato não é mais o foco, mas sim, a razão pela qual.

3 Dando um salto

Criei minha própria família, tenho um filho que muito cedo começou a perguntar da avó materna: na medida do (im) possível, para a idade que ele tinha na época, contei a verdade dos fatos, sem a tinta de tantas emoções. Hoje, se fala um pouco mais com as crianças sobre a morte e o morrer. Quanto ao suicídio, indico um livro de Scavacini (2014) que orienta como falar com a criança sobre o tema e, ao mesmo tempo, oferece um espaço para elaboração do ocorrido. É PRECISO QUEBRAR O SILÊNCIO. O não dito não pode ser elaborado. O não dito fica como tabu.

A questão profissional ou… Como os profissionais de saúde são formados? Como são cuidados para poder cuidar?

Como eu já disse, cursava o primeiro ano da faculdade quando tudo aconteceu. Não tive nenhum suporte dos professores ou da direção. Nada foi dito, era como se nada tivesse ocorrido. Seria o medo do contágio? De qualquer forma, o fato de eu começar terapia e esta ausência de apoio foram um passo para a escolha do tema de mestrado. Transcrevo trechos da introdução de minha dissertação (Esslinger,1995), os quais estão em itálico. Adiciono a estes trechos, observações atuais, transcorridos muitos anos de prática profissional e de muitos cursos que me instrumentalizaram para acompanhar pessoas em suas experiências de dor (as observações atuais estão em negrito).

Minha prática como psicoterapeuta deixou claro que o tema da morte está presente de forma intensa e frequente na fala dos pacientes: desde a "grande morte", a morte que ameaça e espreita no caso de doenças graves, acidentes, envelhecimento, até a morte simbólica, como separações, perdas de emprego, saída dos filhos de casa. Perdas não menos intensas, muitas vezes. Também me deparei com pacientes com ideação suicida.

Tive que buscar sozinha subsídios para uma melhor escuta de meus pacientes, por meio de cursos, supervisão, leituras, participação em congressos e seminários. Não que isto não deva ser feito, mas o curso de formação em Psicologia deveria fornecer mais subsídios a respeito de temas tão profundos.

Também minha experiência como professora do quarto e quinto ano do curso de Psicologia em uma faculdade particular de São Paulo foi configurando uma certeza: o tema da morte assusta os alunos, os deixa impotentes, com medo. O relato de um grupo de supervisionadas que realizaram um trabalho em uma creche, evidencia este medo. O grupo relata a última observação por elas feita na instituição. Trazem que o contato com as pajens (as cuidadoras eram assim chamadas) foi muito difícil, pois elas estavam muito mobilizadas com a morte de duas crianças, um menino, na semana que antecedeu a observação e um outro menino, um dia antes. Conforme o grupo continuou o relato, mencionando as circunstâncias em que as crianças morreram, percebi que uma das alunas cujo pai estava internado com risco de morte, estava bastante sensibilizada. Perguntei, no meu papel de supervisora, se ela queria falar. Ela disse que sim. Que estava com muita raiva, que tudo "aquilo" (a morte) *era muito injusto, que não eram só as pajens que estavam sensibilizadas, mas ela também. Outras alunas começaram a falar, algumas choraram e puderam trazer suas experiências anteriores com a morte de pessoas próximas. Enquanto supervisora, "apenas" fui continente, ouvi, compartilhei dos sentimentos trazidos pelo grupo.* Fiz o que não foi feito comigo. *As alunas puderam trazer muitos outros relatos e fomos integrando teoria e prática. Ao final da supervisão foi dito pelas alunas que, em cinco anos de curso, era a primeira vez que puderam falar de seus sentimentos.*

Outra razão para a escolha do tema de mestrado foi a enorme solidão que vivi, durante o curso, com relação a experiência que compartilhei com vocês. Para que o psicólogo possa auxiliar o outro acredito ser de grande importância que haja um espaço nos cursos de Psicologia para a inclusão destes temas relacionados a pedas, morte e luto na grade curricular… E que o objetivo dessas disciplinas seja tanto de domínio cognitivo, quanto afetivo. Assim, se no curso não se deve correr o risco de tomar o lugar da

psicoterapia, o curso, deve sim, propiciar o contato com conteúdos da história de vida de cada um.

Assim, compartilhar a experiência por mim vivida com você, leitor, cumpre a função de curar a mim mesma por meio do relato e, ao mesmo tempo, que seu lado ferido, por identificação com o meu, possa lhe auxiliar na cura de sua ferida. Se nomear a morte, se dela falar, se a aconchegar como conselheira em nossos braços já é tarefa difícil, que dizer do suicídio***!***

4 Do suicídio: algumas palavras

> Há uma morte que vem de fora a e uma morte que cresce por dentro. Cada uma delas produz uma dor diferente…A morte do suicida é gesto que nasce de dentro. O seu cadáver é o seu último acorde, término de uma melodia que vinha sendo preparada no silêncio de seu ser. No corpo do suicida encontra-se uma melodia para ser ouvida. O seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo acorde final e necessário é aquele mesmo, um corpo sem vida (ALVES, 1995).

Segundo Galiás (2003), o suicídio é tema feio, negado, temido e evitado. É também envolto numa pluralidade de preconceitos. Ela destaca:

- A tendência a olhar para o suicídio como algo uno, ou seja, como se fossem todos mais ou menos iguais. Não há uma discriminação dos suicídios e sim uma discriminação do suicida.
- As diferentes religiões concedem ao suicida um "lugar especial", não necessariamente para melhor. Há uma crença de que o suicídio é pecado maior que o homicídio.
- A família é vítima desses preconceitos seja por ela mesma os ter ou porque é marginalizada. Basta olhar para o silêncio que se instala quando alguém pergunta "do que ele morreu?" e a resposta é "foi suicídio". Há um clima constrangedor. Um não saber o que dizer.
- A família passa a ter antecedentes psiquiátricos. Há que

tomar cuidado, neste sentido, para que o suicídio não vire sinônimo de condenação.

Faço minhas as palavras de Galiás (2003): "*o campo do suicídio é extremamente vasto, complexo e de certa forma, misterioso, fazendo com que a Filosofia, a Religião e outras áreas dele se ocupem. Mas, o sofrimento trazido é de tal ordem que acredito na validade de nós profissionais da área médica ou da psicologia, clínicos e pesquisadores pensarmos nos preconceitos que cercam tão importante tema".* Ela destaca:

- A tendência a olhar para o suicídio como algo algo uno, ou seja, como se fossem todos mais ou menos iguais. Não há uma discriminação dos suicídios, mas sim, do suicida.
- As diferentes religiões concedem ao suicida "um lugar especial", não necessariamente para melhor. Há uma crença de que o suicídio é pecado maior do que o homicídio.
- A família é vítima desses preconceitos, seja por ela mesma os apresentar ou porque é marginalizada. Basta olhar para o silêncio que se instala quando alguém pergunta "do que ele morreu?" e a resposta é "foi suicídio". Há um clima constrangedor, um não saber o que dizer.
- A família passa a ter antecedentes psiquiátricos. Há que tomar cuidado para o suicídio não virar sinônimo de condenação e vergonha.

Eu me percebi, inúmeras vezes, com um sentimento camuflado de vergonha e culpa pelo suicídio de minha mãe. Vergonha maior, talvez, e esta é uma questão para ser pensada: como posso eu, profissional da área da saúde notadamente da área "psi" ter tal "mancha" em meu curriculum? Este é um conceito ou pré-conceito meu? Afinal seria mais ou menos o mesmo que um oncologista, em sua família, ter alguém com câncer… Mas, fato é, que assim sinto e por isto optei em compartilhar publicamente minha história.

5 O luto por suicídio

> O suicídio é um meio de morrer particularmente horrível: o sofrimento mental que conduz a ele costuma ser prolongado, intenso e sem paliativos. Não existe morfina equivalente para mitigar a dor intensa e, a morte costuma ser violenta e terrível. O sofrimento do suicida é intenso e indizível, deixando que familiares, amigos e colegas lidem com uma espécie de perda quase insondável, assim como o sentimento de culpa. O suicídio traz como consequência um nível de confusão e devastação que, na sua maior parte, fica além de qualquer descrição (JAMISON, 2002).

Existem características específicas do luto por suicídio. É um luto que traz todos os sentimentos já nomeados por mim, caracterizando o que na literatura se convencionou chamar de luto não franqueado ou luto não reconhecido. Trata-se também de um luto por morte violenta o que pode levar os familiares, notadamente aquele que acha o corpo (sobrevivente testemunha), a desenvolver sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Doka (1989) desenvolve o conceito de luto não reconhecido. Salienta que todo luto apresenta uma dimensão social que influenciará, de modo importante, a forma como o enlutado viverá seu processo. Casellato (2005) cita cinco categorias apontadas por Doka (1989,2002) que estão na base do luto não reconhecido:

- Relacionamento não reconhecido
- Perda não reconhecida
- Enlutado não reconhecido
- Morte não reconhecida
- Modo de enlutar-se e o estilo de expressão do pesar não validados socialmente.

Casellato (2005), define o luto não franqueado como dor silenciada. Há regras de como, quando, quem, por quem e por quanto tempo o processo de luto deve ser vivido. Ressalta, igualmente, que muitas vezes pode ocorrer uma sobreposição destes diferentes aspectos.

A morte por suicídio é rechaçada pela sociedade, dificultando

à família enlutada, a expressão de sua dor. É um luto envolvido por enorme estigma social. Trata-se de um luto que traz muito sofrimento aos familiares sobreviventes, o que gerou a necessidade de pensar tanto na prevenção como na posvenção do suicídio.

O termo posvenção foi criado por Shneidmann (1973) e se refere a qualquer ato de ajuda que aconteça após o suicídio. Em linhas gerais, são intervenções que têm como objetivo dar assistência e suporte para os sobreviventes (todas as pessoas que tiveram sua vida afetada pela morte por suicídio).

Alguns dos objetivos da posvenção citados por Scavacini (2018) são:

- Trazer alívio dos efeitos relacionados com o sofrimento e a perda.
- Prevenir o aparecimento de reações adversas e complicações do luto.
- Minimizar o risco de comportamento suicida nos enlutados por suicídio.
- Promover resistência e enfrentamento em sobreviventes.

Prevenção e posvenção andam juntas. Neste sentido, promover uma educação para a morte, é promover educação para a vida…

6 O que mudou?

Felizmente, no campo da Educação para a Morte e/ou Tanatologia, vários cursos foram criados. A maioria, ainda como disciplinas optativas. No que se refere especificamente ao suicídio, também existe uma "abertura" maior: mesmo a mídia tem procurado debater mais o tema.

Kovács, (2003a) fez extenso levantamento da área de Tanatologia no Brasil. Destaco a criação do "Laboratório de Estudos sobre o Luto", em 1996, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (sob coordenação da Profa. Dra. Maria Helena Franco) e do Laboratório de Estudos da Morte (LEM) do Instituto de Psicologia

da USP, em 2000 (sob coordenação da Profa. Dra. Maria Júlia Kovács) do qual tive a honra de ser um dos membros.

Segundo Kovács (2003b) os objetivos destes espaços é aprofundar o conhecimento , reflexão e discussão de temas relacionados a morte e o morrer; favorecer a formação dos profissionais de saúde e educação no que refere ao acompanhamento de pessoas vivendo perdas e lutos, favorecer pesquisas na área de perdas, morte e luto, criar um banco de dados com bibliografia nacional e estrangeira (sempre atualizada), criar espaço de atendimento à comunidade para pessoas passando por situações de perda e doença. Na graduação, pós-graduação e extensão em Psicologia, criação de cursos na área de perdas, morte e luto.

Um dos projetos desenvolvidos pelo LEM/IPUSP foi por nós intitulado de "Falando de Morte", o qual consta de vários vídeos educativos. Sempre levando em conta que falar de morte, é falar de vida. Trazer à tona temas relacionados ao suicídio é prevenção. De fato, prevenção e posvenção como bem define Scavacini (2015), andam juntas. Ela traz o conceito dos seis "cs":

- Conscientização – para as pessoas perceberem e saberem que o suicídio existe e é um problema de todos.
- Campanhas para ajudar na conscientização.
- Capacitação
- Competências
- Conversa
- Conexão.

7 **Palavras finais**

Agradeço a escuta/leitura de minha narrativa. Espero ter contribuído para que possamos, cada vez mais, tirar o suicídio do lugar de tema tabu. Educar para a morte é educar para a vida.

Referências

ALVAREZ, A. **O Deus Selvagem**: Um estudo do Suicídio. São Paulo, Companhia das Letras, 1990.

ALVES, R. **O quarto do mistério**. Campinas: Papirus, 1995.

BENJAMIN, W. **O narrador, experiência e pobreza**. Ensaio, 1933.

CASELLATO, G. (org.) **Dor silenciosa ou dor silenciada?** Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2005.

DOKA, K. **Disenfranchised Grief**: Recognizing Hidden Sorrow. Nova York: Lexington Books, 1989.

DOKA, K (editor). **Disenfranchised Grief**. New directions, challenges and strategies for practice. Illinois: Reserch Press, 2002.

ESSLINGER, I. **As representações da morte no curso de Psicologia: um estudo exploratório**. Dissertação. São Paulo: IPUSP, 1995.

ESSLINGER, I ; Kovacs, M.J (Org.). **Dilemas éticos.** São Paulo: São Camilo Loyola, 2008.

GALIÁS, I. Suicídio: O tema temido. **III Congresso Latino Americano de Psicologia Junguiana**, abril, 2003 São Paulo.

JAMISON, K.R. **Quando a noite cai**: Entendendo o Suicídio. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.

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

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: Desafio na Formação de Profissionais de Saúde e Educação. São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp, 2003b.

LUFT, L. **Pensar é transgredir**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

FALANDO DE MORTE – LEM (Laboratório de Estudos da Morte/IPUSP). Tem como objetivo criar formas de comunicação sobre a morte, com conteúdos informativos e de sensibilização para estudantes e profissionais da área da saúde e educação.

SCAVACINI, K. **E agora?**: um livro para crianças lidando com o luto por suicídio. São Paulo: All Print Editora, 2014.

SCAVACINI, K. **O Suicídio é um problema de todos**: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção. São Paulo/ IPUSP/ 2018.

SHNEIDMAN, E.. **Deaths of Man**. New York. Quadrangle, 1973.

Capítulo 9

UM BEBÊ, UMA FAMÍLIA E MUITOS SENTIDOS JUNTO À DEFICIÊNCIA E AO PROCESSO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

Priscila Schneider

1 Introdução

Quando um bebê nasce, instala-se na família uma série de novas necessidades, acompanhadas de afetos, expectativas e ajustamentos. Ao se identificar nesse bebê uma deficiência, observa-se um impacto em todos esses aspectos. Então, muitos encaminhamentos para avaliação e assistência são realizados. O principal foco da reabilitação é a sobrevivência e o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. Mas, junto a ele, a família sofre e busca compreender o que ocorre, o que pode e o que não pode fazer.

Desde a década de 70, a Organização Mundial de Saúde vem desenvolvendo diretrizes e programas voltados ao direcionamento da atenção até então centrada em especialistas e instituições para o cuidado junto às comunidades. Tal orientação das intervenções se apoia em uma perspectiva inclusiva e de abordagem centrada na família, e não unicamente voltada à criança e à sua deficiência. Isso pressupõe a mobilização de apoio e recursos às famílias para apoiar a função parental e o desenvolvimento das crianças (ROZEK; MARTINS, 2020).

Nesse ínterim, realizou-se um estudo de caso, de uma família com bebê com paralisia cerebral, com foco especial na intervenção psicológica realizada em um Centro Especializado em Reabilitação (CER II), de Santa Catarina. O objetivo deste estudo foi caracterizar a experiência de ajustamento da família à

condição de deficiência, durante o acompanhamento psicológico em um Centro Especializado em Reabilitação. Para isso, buscou-se discutir a experiência subjetiva da família de ajustamento frente ao diagnóstico, prognóstico e condições de saúde do bebê; e avaliar as intervenções e o processo terapêutico vivenciado pela família.

O estudo de caso é um estudo empírico e profundo a respeito de um objeto de estudo considerando o seu contexto de realidade (GIL, 2008). Assim, a partir de consentimento livre e esclarecido da mãe discutiu-se as informações trazidas por ela, embora tenham sido atendidos todos os membros da família (pais e irmão) na perspectiva gestáltica. Nesses atendimentos, o objetivo da intervenção foi o apoio psicológico voltado à elaboração do diagnóstico e do quadro de deficiência, e à compreensão das necessidades de assistência e reabilitação/habilitação do bebê.

A paralisia cerebral é uma das condições geradoras de deficiência. Delimita-se aqui a definição de pessoa com deficiência, a partir da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015), como aquela que possui "impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" (Art. 2.º). Nesse sentido, a paralisia cerebral é caracterizada por um grupo de desordens permanentes do movimento e postura, decorrentes de distúrbio não progressivo durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil (BRASIL, 2013). Essas desordens podem ser acompanhadas "por distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, de comunicação e comportamental, por epilepsia e por problemas musculoesqueléticos secundários" (ROSENBAUM apud BRASIL, 2013, p.9). Ela se instala normalmente a partir de quadros adversos do nascimento até, aproximadamente, os dois anos de idade, provocados por fatores congênitos ou pré-natais, problemas perinatais e pós-natais (BRASIL, 2013).

No caso aqui estudado, observou-se tanto um problema congênito (microcefalia e hidrocefalia), quanto perinatal (anoxia perinatal - Apgar 3 e 6). O bebê nasceu de parto cesárea, com líquido meconial, hipotônico, com necessidade de reanimação neonatal,

e permaneceu por quatro dias na UTI neonatal. Observou-se no momento da alta hospitalar discreta espasticidade e restrição de mobilidade dos membros, pé torto congênito à esquerda e joelho geno varo. Em tomografia cranioencefálica revelou-se acentuada redução volumétrica/hipoplasia dos hemisférios cerebelares. Na Ressonância Magnética, também se evidenciou lesão em tronco encefálico com aparente hipoplasia da ponte, dilatação dos ventrículos laterais e do terceiro ventrículo. Então, concluiu-se que havia paralisia cerebral secundária à mal formação cerebral de etiologia genética, com mal formação de tronco e epilepsia.

Apesar de receber alta logo após o nascimento com dieta via oral, aos onze dias de vida, foi hospitalizado com dificuldades de sucção e perda ponderal. O quadro de disfagia se manteve, e por isso, foi realizada gastrostomia e passou a receber nutrição enteral.

Diante da identificação de comprometimentos do bebê a partir do parto, ele foi encaminhado ao Centro Especializado em Reabilitação CER II, para intervenção precoce. Esse serviço conta com equipe multiprofissional e, nesse caso, o bebê passou a ser acompanhado especialmente por fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro e psicóloga, além de neuropediatra. As intervenções foram direcionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor do bebê e ao apoio da família.

2 A experiência de ajustamento frente ao diagnóstico, prognóstico e condições de saúde do bebê com paralisia cerebral

O bebê chegou ao CER II com dois meses de idade. Segundo a mãe, ele foi muito desejado e planejado. O filho mais velho, de nove anos, pedia por um irmão. Foi realizado pré-natal de modo regular na rede de saúde municipal, no qual não foi visualizado qualquer sinal de alterações no desenvolvimento da criança durante a gestação. Então, no parto houve intercorrências, com sofrimento fetal e parada cardiorrespiratória do bebê logo ao nascer.

Ferrari, Zaher e Gonçalves (2010) afirmam que o bebê existe simbolicamente antes de seu nascimento, a partir do desejo de seus

pais. E, não só há uma expectativa, mas uma idealização desse bebê, que é esperado com qualidades perfeitas junto e supervalorização. Por outro lado, as mães normalmente vivenciam o temor frente à possibilidade de algum problema com o bebê.

Nesse caso, havia o desejo de uma criança que logo pudesse brincar e correr com o irmão, que chorasse, tomasse mamadeira etc. Então, após uma série de intercorrências no parto, veio a notícia da deficiência do bebê. E, junto a isso, um misto de sentimentos, observados na família e nos profissionais. Nesse sentido Ferrari, Zaher e Gonçalves (2010) afirmam que "o nascimento de um bebê deficiente não vem acompanhado de alegrias e congratulações, mas, em grande parte das vezes, por um sentimento de desconforto por parte de todos, inclusive dos profissionais" (p. 783).

A notícia foi dada ainda na mesa de parto, para que os pais pudessem decidir sobre a manutenção do procedimento de laqueadura. Disseram à mãe: "Você ouviu seu bebê chorar? Ele não chorou, fez mecônio e aspirou. Teve hipóxia e não sobreviverá." E mais tarde, após o parto: "Seu bebê estava morto! Deem graças a Deus por ter sobrevivido" (Sic).

Ao relatar a forma como receberam essa notícia, a mãe expressou muito sofrimento e indignação pelo atendimento recebido. A esse respeito, no estudo de Ferrari, Zaher e Gonçalves (2010), é discutida a comunicação do diagnóstico de deficiência aos pais e os aspectos éticos implicados na relação profissional-paciente. Observam as autoras que a humanização dessa comunicação é fundamental e promove o estabelecimento de vínculo entre os pais e a criança, especialmente a partir do amparo que recebem. Entretanto, na situação descrita, a família não se sentiu amparada. Pelo contrário, seus sentimentos pareciam invisíveis aos olhos do profissional. Novamente, Ferrari, Zaher e Gonçalves (2010) afirmam que a indiferença ou negação do outro, na relação entre profissional e paciente, é uma forma de violência. Esta é demarcada pela inexistência de solidariedade, que é um dos referenciais da bioética, junto à "sabedoria, dignidade, solidariedade, fraternidade, vulnerabilidade, confidencialidade, privacidade, responsabilidade, qualidade de vida, sobrevivência e serenidade" (p. 786). Os

profissionais não foram ouvidos, mas, muito provavelmente, pelas urgências, estresse e desconforto psicológico diante da situação, não tiveram o cuidado nessa comunicação, cujo conteúdo por si só já produziria grande sofrimento aos pais.

Diante do nascimento do bebê, do diagnóstico, do sofrimento vivido junto à comunicação dele, e das mudanças vivenciadas pelas novas necessidades de cuidado do filho, vários ajustamentos psicológicos se faziam necessários.

Os ajustamentos ocorrem no contato e estão diretamente relacionados com a possibilidade de autorregulação organísmica, proposta por Goldstein desde a década de 30 (PERLS, HEFFERLINE, GOODMAN, 1997). Nela o indivíduo precisa reconhecer e satisfazer suas necessidades organísmicas para se equilibrar face às suas condições biopsicossociais e às situações ambientais. Então, ajustar-se possibilita pôr-se de acordo com os limites vividos junto ao meio e ao mesmo tempo às suas possibilidades. Entretanto, como cada situação é nova, por mais parecida que seja com as experiências já vividas, requer um ato de criação. Então, vislumbra-se o ajustamento criativo, que, de acordo com Cardella (2024), implica no exercício pessoal de capacidade de apropriação das experiências de encontro com essa novidade e alteridade no campo organismo-meio. Para isso, a pessoa se apoia em experiências vividas e na realidade, e cria com base na imaginação a melhor forma de responder à situação (BERRI, 2020). Assim, enfatiza-se a dupla condição de ajustamento criativo, sem a qual, observam-se fragilidades, pois o ajustamento sem criatividade implica na reprodução de situações passadas, que pode gerar uma adaptação excessiva ou cristalização, assim como a criatividade sem ajustamento, implicaria numa perda de funcionalidade e base na realidade (CARDELLA, 2014). No caso em questão, ajustar-se criativamente implicava no ajustamento, com base em compreensão da situação, e criatividade, que segundo Cardella (2020) pode emergir da vivência de sofrimento, em sua dimensão ontológica, que coloca a existência diante de uma ausência que aspira por presença, e, portanto, é dialógico. O ajustamento criativo implica no movimento de vir a ser, a partir do que se é, com novos sentidos.

Considerando-se o diagnóstico de deficiência por si só, compreende-se também um ajustamento vinculado à experiência de luto. De acordo com Ferrari, Zaher e Gonçalves (2010), nesses casos o processo de luto se inicia a partir do recebimento do diagnóstico e segue as mesmas fases identificadas em situações de perda ou morte. Nesse caso, trata-se de um luto, tanto pelo bebê idealizado, quanto pelo prognóstico em que há vários indicativos de gravidade e baixa expectativa de vida, ou seja, um luto antecipatório. Sendo assim, Kübler-Ross (2005) a partir de estudo realizado junto a pacientes com prognóstico reservado, refere a ocorrência de um processo desde a negação do quadro até a sua aceitação, com estágios que variam em intensidade e expressão. São eles: a) negação, que compreende uma evitação de olhar para o diagnóstico ou situação vivida em sua inteireza; b) raiva, em que há expressão de inconformidade, e até indignação; c) barganha, em que há uma busca de alívio e troca da situação vivida por outras menos doloridas; d) depressão, que é reativa e reflete o sofrimento frente a compreensão dos limites e das perdas na vida, acompanhada de isolamento e fechamento em si; e) aceitação, em que há assimilação do quadro vivido.

Observou-se esse luto no presente caso. Nos relatos trazidos inicialmente notou-se uma compreensão do diagnóstico, mas com expectativas contraditórias e fantasiosas, em relação ao desenvolvimento do bebê, por vezes acompanhadas de insegurança e indignação. Tal situação interferiu nas decisões, por exemplo, quanto à gastrostomia. Ao mesmo tempo, as limitações relativas à insuficiência respiratória e o ganho de peso inferior ao esperado, denunciavam essa necessidade. Mas, os pais expressavam dúvidas, desde a preocupação com o risco do procedimento, até a esperança de que a necessidade não fosse exatamente essa. Como renunciar ao sonho de que o bebê se alimentasse por via oral? Ou, seria mesmo necessário manter a nutrição enteral?

Entretanto, o bebê mantinha o mesmo quadro com algumas intercorrências e internações hospitalares em função também das limitações respiratórias. E, a família continuava o acompanhamento do filho buscando respostas, inclusive, sobre possíveis causas genéticas e maior esclarecimento do diagnóstico e

do prognóstico. Então, em consulta com uma médica geneticista, houve nova comunicação sobre o quadro clínico. O prognóstico indicava que as limitações respiratórias eram graves e que com o crescimento e desenvolvimento, o bebê teria condições limitadas de sobrevivência por muito tempo. Diante dessa comunicação, a mãe relatou que compreendeu o quadro, mas estava muito triste. Sabia que não podia ter grandes expectativas quanto ao tempo de vida do bebê, e isso a confrontava com a possibilidade de perda a qualquer momento. Mas, ao mesmo tempo, vivenciava a concretude de sua presença constante e totalmente dependente.

Ao se deparar com a realidade da deficiência, a mãe pôde vivenciar estado depressivo e cortar o canal de interação estabelecido com a criança (ANAUATE; AMIRALIAN, 2007). Emocionalmente, a mãe demonstrava claramente tristeza, falta de ânimo, baixa autoestima, junto a aumento do apetite e ganho de peso, dificuldades para se organizar com o sono (também pelo ritmo de sono do bebê que estava alterado) e fadiga acentuada. Tais sinais e sintomas, descritos também no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), indicavam a presença ou risco de um quadro depressivo. A partir disso, ela foi encaminhada para atendimento psiquiátrico, a fim de avaliar o quadro, visto que já estava com acompanhamento psicológico. Entretanto, esses sinais de depressão também podem ser compreendidos como estágio de depressão do processo de luto, tal como foi discutido por Kübler-Ross (2005). Nesse estágio há uma compreensão profunda das perdas e do prognóstico reservado.

Na semana em que retornou da consulta em que a geneticista discutiu novamente o prognóstico, durante um atendimento da mãe (com psicóloga) e do bebê (com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) no CER II, ele apresentou quadro de insuficiência respiratória, tendo que ser atendido e encaminhado pelo SAMU ao hospital. Ainda no CER, durante o atendimento de urgência, a mãe teve crise ansiosa, o que indicou a falta de suporte e esgotamento psicológico para lidar com essa realidade. O suporte diz respeito àquilo que sustenta, ou conjunto de recursos desenvolvidos

ou adquiridos ao longo da vida da pessoa, a serviço de si ou de outros, que comportam desde suas funções vitais até habilidades ou formas de contato (PERLS, HEFFERLINE, GOODMAN, 1997; CARDOSO, 2014). Há duas formas de suporte. A primeira, o autossuporte, diz respeito ao auto apoio ligado à independência e ao amadurecimento. A segunda, o heterossuporte, refere-se ao apoio dado pelo meio ou por outras pessoas, assim como pelos pais aos seus filhos durante o período em que são dependentes de seus cuidados. Aliás, é a partir do heterossuporte materno que o bebê desenvolve o autossuporte. Quando não há suporte nas experiências de contato, observam-se sentimentos e comportamentos disfuncionais (PERLS, HEFFERLINE, GOODMAN, 1997; CARDOSO, 2014). Então, a intervenção psicológica se faz necessária enquanto heterossuporte a partir do qual o autossuporte pode ser desenvolvido ou resgatado.

Durante a hospitalização do bebê houve parada cardiorrespiratória, que provocou novas sequelas neurológicas. Então, houve agravamento do quadro, com crises convulsivas que antes não eram tão presentes e intensas, bem como com a necessidade de suporte de O2 de uso contínuo e domiciliar. No hospital ainda, os pais decidiram e assinaram termo em que registraram o não consentimento de uso de intubação, caso ele tivesse nova parada cardiorrespiratória e não resistisse mesmo com massagem cardíaca. Tal decisão foi tomada em meio a sofrimento junto ao confronto com a possibilidade de morte iminente. Naquele momento, o desejo era de que seu filho não tivesse que sofrer ainda mais. Esse posicionamento indicava que havia aceitação da situação junto ao afeto pelo filho. Uma vivência de imenso sofrimento, amor e solidariedade.

As autoras Ferrari, Zaher e Gonçalves (2010), analisam o conceito de solidariedade e destacam o sentido moral de "dever de consciência das obrigações recíprocas, que vinculam o homem a seus semelhantes" (p. 787) e sua relação com a noção de totalidade, em que há uma dependência recíproca entre suas partes. Essa noção de totalidade também é uma das premissas da Psicologia da Gestalt e da Gestalt Terapia, de que o todo é diferente da soma das partes. Isto é, não basta justapor ou juntar as partes, é preciso olhar para a

relação que se estabelece entre elas. Nesse caso, para a relação entre os pais, o irmão e os profissionais implicados com esse bebê, e uns com os outros.

3 Intervenções e processo terapêutico vivenciado pela família

A intervenção psicológica junto à família de bebê com deficiência em processo de reabilitação/habilitação tem várias direções. Tendo em vista o desenvolvimento do bebê, busca-se facilitar a compreensão da deficiência e das possibilidades de desenvolvimento atípico junto ao processo de reabilitação/habilitação. Entretanto, para se trabalhar tais questões, primeiro é necessário promover o suporte para lidar com o impacto do diagnóstico.

Anauate e Amiralian (2007) apontam que a intervenção com mães de bebês com deficiência deve ter como objetivo a melhor elaboração do luto provocado pela situação de deficiência, tendo em vista um contato mais satisfatório entre mãe e bebê. Esse contato é a base para o desenvolvimento psicológico do bebê. A presença segura da mãe possibilita ao filho a confiança em si mesmo e no mundo. Ou seja, é a partir da relação com a mãe que o bebê poderá estabelecer uma relação significativa com o ambiente. Do contrário, o bebê experimentará a relação com o mundo de forma ameaçadora e angustiante.

Além disso, Anauate e Amiralian (2007) discutem o vínculo e contato da mãe com o bebê no qual é essencial o desenvolvimento de uma reação circular de atenção. Ou seja, a partir do olhar afetivo da mãe e compartilhamento de atenção, pode haver uma retroalimentação afetiva e cognitiva. Isso também é analisado por Frazão (2015), quando refere que a medida que identifica e satisfaz às necessidades da criança, pode ocorrer o desenvolvimento do reconhecimento de suas necessidades e autorregulação organísmica. Tal vivência de contato entre a mãe e a criança é fundamental para seu desenvolvimento e ajustamento criativo e saudável. Então, observa-se nessa direção que a intervenção psicológica deve se voltar à promoção do contato em uma relação recíproca de sentidos entre

a mãe e o bebê. E especialmente junto ao bebê com deficiência essa experiência de contato poderá promover condições para percepções significativas.

Por isso, a intervenção psicológica com a mãe deve considerar esse processo de contato mãe-bebê, com vistas tanto ao desenvolvimento de suporte da mãe para lidar com o diagnóstico e as situações adversas, quanto para facilitar a autorregulação dela e do bebê, e promover o desenvolvimento dele. Tais objetivos estão ligados intrinsecamente.

Então, no contato da mãe com o bebê desse caso, em alguns dos atendimentos a mãe mencionou o sentimento de culpa. Culpa por entender que deveria fazer mais por seu filho. E, quem sabe até, por não poder eximi-lo da experiência de sofrimento e de deficiência. Esse sentimento reflete uma relação de introjeção da mãe, em que toma para si as necessidades do outro e se responsabiliza por sua vida em todos os seus aspectos. Claro, a mãe é responsável pelo cuidado do filho. Contudo, há aspectos dessa experiência que não dependem de seu controle.

Na vivência da culpa, Pompeia (2013) refere que a pessoa entende que não é quem gostaria de ser ou percebe-se menor do que gostaria de ser, ou ainda, há distância entre o eu real e o sonhado, de quem queria ser. Então, a culpa expressada pela mãe apontava para uma situação ideal e diversa das condições vividas por ela e pelo filho com deficiência. E aqui se fez a necessidade de resgatar a abertura para aceitação do que é e distanciar-se do que não é, enquanto horizonte de possibilidades. Abrir-se ao vir a ser com a deficiência, e não unicamente com ela, e seu modo singular de existir.

Na experiência de culpa e exigências que transcendem as condições possíveis vividas, além de consequências negativas à saúde mental da mãe, observa-se o risco da superproteção da criança, que impede o desenvolvimento de autonomia e pode gerar o sentimento de insuficiência e insegurança, que também são vivenciados no polo oposto, relativo à inaceitação da deficiência, quando os pais exigem da criança que ela responda às situações como se não tivesse deficiência. A aceitação incondicional da pessoa como ela é, em sua

singularidade, implica no equilíbrio frente à experiência polarizada de superproteção e negligência.

Para que a mãe possa oferecer à criança o suporte necessário para suas necessidades, sem super funcionar por ela ou exigir dela o que lhe é impossível, Anauate e Amiralian (2007) afirmam que a mãe precisa também estar saudável emocionalmente e contar com um ambiente protetor que a sustente. Isso indica que o suporte da criança depende do suporte psicológico da mãe. E aqui se reafirma que as intervenções psicológicas com as mães devem se voltar ao desenvolvimento do autossuporte. Esse que se estabelece pouco a pouco a partir do heterossuporte da relação terapêutica e que, de acordo com Cardoso (2014), requer autoconhecimento e autoaceitação.

O autossuporte se estabelece a partir da vivência de relações seguras e potencializadoras, o que nem sempre está presente na vivência das mães. Isso novamente estava presente no caso aqui discutido. Na história de vida da mãe, houve a necessidade desde muito cedo de cuidar de si e dos pais, sem apoio ou condições para fazê-lo, e tendo presentes situações conflitivas. Ela aprendeu a cuidar, porém sem uma base segura para se sustentar diante de situações tão adversas. Portanto, a intervenção psicológica voltada ao desenvolvimento do autossuporte, do reconhecimento dos seus limites, e consequente "desculpabilização", tornou-se fundamental.

A partir do autossuporte, o ajustamento criativo pode ser vivenciado. Nesse sentido, a intervenção junto à família, conforme Berri (2020), deve ser voltada à instilação de esperança, concentrada nos ajustamentos saudáveis e recursos presentes no enfrentamento das adversidades, voltados à satisfação das necessidades e autorregulação presentes na família.

Então, de modo sintético e em acordo com Anauate e Amiralian (2007), são essenciais na atuação com famílias de bebês com deficiência o olhar para o significado da deficiência, a redução da ansiedade dos pais, o reconhecimento de competências, e a diminuição da autocrítica no cuidado com os filhos.

Além disso, é necessário um resgate do papel de mediação

do psicólogo entre a família e a equipe multidisciplinar. O psicólogo pode não apenas apoiar a família, mas facilitar ou fortalecer o sentimento de solidariedade entre os profissionais que atuam junto às famílias com bebês com deficiência (FERRARI, ZAHER E GONÇALVES, 2010). Nesse sentido, busca-se o fortalecimento de práticas humanizadas a partir da solidariedade. Essa se vincula à "responsabilidade inerente ao processo de reconhecimento do outro, em sua vulnerabilidade" (p. 788). Assim, especialmente a partir da comunicação do diagnóstico, busca-se uma vivência de luto mais saudável ou suportiva e a construção de redes sociais de apoio a fim de evitar o isolamento, tornar os sujeitos participantes dos seus processos de vida, e buscar o bem coletivo.

Ainda com foco na relação entre profissionais, família e bebês, observa-se várias reações, sentimentos e posturas dos profissionais diante do sofrimento vivenciado pela família. A deficiência, assim como a perspectiva de morte, nos casos de prognóstico reservado, como o aqui discutido, suscita o sentimento de impotência e fracasso. Há dúvidas sobre os limites do trabalho, e das perspectivas e objetivos de intervenção. Trata-se de reabilitação e habilitação ou cuidados paliativos? Quais intervenções são realmente importantes? E quando há dor durante os procedimentos, como enfrentá-la? Tais questionamentos denunciam tanto a necessidade de pensar o propósito da reabilitação e da habilitação, quanto de olhar para a deficiência em sua essência e sentido.

4 Os muitos sentidos junto à deficiência

Cardella (2020) aponta que o sentido do sofrimento e do cuidado se encontra na sua vivência humana e paradoxal, num contexto contemporâneo de desumanização. O paradoxo de ajustar-se e criar, de reconhecer a força na fraqueza, a liberdade junto à responsabilidade, de resgatar a ignorância e a sabedoria, a vida no processo de morrer, o vazio fértil. As feridas podem ser transformadas em preciosidades, a deficiência em potência de afeto.

O viver não se reduz à sobrevivência, bem como na relação familiar com um bebê com deficiência, o cuidado oferece um

horizonte de sentido. A perspectiva de futuro incerta e a de passado se reconstrói a cada novo momento. Pompeia (2013) resgata que o existir é uma oportunidade renovada a cada novo momento, que se apresenta sem indicação de garantia ou permanência no tempo, mas enquanto possibilidade. A vida é um presente cotidiano e a morte ou a iminência da perda "se torna ainda mais perturbadora quando vemos que aquelas pessoas cujas vidas gostaríamos de preservar, talvez até mais que a nossa, podem morrer." (POMPEIA, 2013, p. 81). E ainda, essa perspectiva alerta para a banalidade de algumas coisas e a importância de outras, que ganham novo sentido nessa situação.

No caso aqui discutido, a deficiência é acompanhada da perspectiva de perda e de presença. Um paradoxo de limitações e de plenitude, de finitude e de vida, de realidade e de sonho. A síntese ou integração é possível com resgate da aceitação, da esperança e da singularidade humana do que se é e se apresenta a cada momento. O(s) sentido(s) emerge(m) no(s) contato(s), no(s) encontro(s) dialógico(s) entre mãe-bebê-pai-irmão, entre mãe-pai-filhos-psicóloga entre família-bebê-psicóloga-equipe multiprofissional. Enfim, o sentido se apresenta no que a vida espera do humano e não apenas no que se espera da vida.

5 Considerações finais

Na intervenção psicológica com a família, o vínculo com o bebê, as expectativas em torno de seu desenvolvimento, os sentimentos frente à deficiência e às limitações, os papéis, os limites, os ajustamentos criativos e possíveis, vinculados a essa situação, foram abordados. De modo singular, a experiência especialmente da mãe do bebê, junto aos demais membros da família foi resgatada desde a assimilação do diagnóstico de deficiência e do prognóstico médico, até o resgate dos sentidos na relação com esse bebê. Nesse processo intenso e significativo, evidenciou-se o resgate do sentido da vida e do sofrimento junto a essa criança com todos os seus paradoxos como condutor e facilitador do enfrentamento das perdas e das limitações trazidas pela deficiência.

O caso discutido possibilitou um olhar para a deficiência em bebês e as necessidades de intervenção junto à família. O enfoque dado, foi voltado à intervenção psicológica e à importância da humanização e estabelecimento de relações éticas e dialógicas. Em próximos estudos, entende-se a necessidade de discutir não apenas a intervenção psicológica com as famílias de bebês com deficiência, mas também a compreensão do sentido da reabilitação/habilitação com bebês por equipes multiprofissionais.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANAUATE, C.; AMIRALIAN, M. L. T. M. A importância da intervenção precoce com pais de bebês que nascem com alguma deficiência. **Educar,** Curitiba, n. 30, p. 197-210, 2007. Editora UFPR.

BERRI, Bruna. A esperança como ajustamento criativo: reflexões dos processos de saúde, doença e morte em gestalt terapia. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 26, n. 3, p. 351-360, dez. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672020000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 out. 2021. http://dx.doi.org/10.18065/2020v26n3.10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Lei n.º 13.146/2015. 6 de julho de 2015. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília/DF, 2015.

CARDELLA, B. H. P. Ajustamento criativo e a hierarquia de valores ou necessidades. In: FRAZÃO, L.; FUKUMITSU, K. O.

Gestalt-terapia: conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014.

CARDELLA, B. H. P. Cuidado às pessoas em sofrimento e possibilidades de ressignificação. In: FRAZÃO, L.; FUKUMITSU, K. O. **Enfrentando crises e fechando *gestalten*.** São Paulo: Summus, 2020.

CARDOSO, C. A. Autossuporte e heterossuporte. In: FRAZÃO, L.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia:** conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014.

FERRARI, S.; ZAHER, V. L.; GONÇALVES, M. de J. O nascimento de um bebê prematuro ou deficiente: questões de bioética na comunicação do diagnóstico. **Psicologia USP**, São Paulo, 2010, 21(4), 781-808.

FRAZÃO, L.M. Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais. In: FRAZÃO, L.; FUKUMITSU, K. O. **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em gestalt-terapia.** São Paulo: Summus, 2015.

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

KÜBLER-ROSS, E.. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PERLS, F.S.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt Terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

POMPEIA, J. A. **Na presença do sentido:** Uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas. São Paulo: EDUC/ABC, 2013.

ROZECK, M.; MARTINS, G. dal F. Bebês com deficiência no Brasil: um olhar a partir dos programas governamentais e das pesquisas nacionais. **Educação**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. 1-14, jan.-abr. 2020.

Capítulo 10

LUTO: A ESPIRITUALIDADE COMO CONFORTO

Daniela Pupo Barbosa Bianchi
Patricia Barrachina Camps

1 Introdução

Para compreendermos a relação de luto e espiritualidade, pensando sobre a possibilidade de que os valores espirituais se constituam em fatores de proteção no processo de luto, propomos uma articulação de como as matrizes vinculares se constituem e são internalizadas no desenvolvimento da criança, bases da Teoria do Apego desenvolvida por John Bowlby. Fundamental também conceituar e diferenciar espiritualidade, religiosidade e religião, ampliando a compreensão sobre estes aspectos da relação com o sagrado.

Embora seja intrínseca à vida a possibilidade de perder o ser amado, formas de sofrimento podem manifestar-se nas respostas a esta experiência. Para Parkes (2009, p. 11) "o fato de um dia perdermos as pessoas que amamos, e elas a nós, nos aproxima delas, mas se torna um sino silencioso que nos desperta no meio da noite". Planos construídos em conjunto, horizontes existenciais sonhados precisam ser reconstituídos a partir desta ausência. O processo de luto implica, além da perda do outro, na perda de um aspecto importante de si. Reconstruir a vida, sem uma presença tão significativa requer reaprender a estar no mundo e constituir uma nova identidade a partir desta percepção. Para Bianchi e Camps (2020, p. 222).

> A perda de um ente querido pode ser vivida como uma nova informação advinda do ambiente que proporciona desde uma experiência de ruptura com impacto emocional suportivo até

> uma vivência trágica com grande desorganização que exigirá um processo de autorregulação intenso e demorado.

Desta forma, para que um processo de luto seja vivido, será fundamental que sejam constituídos ajustamentos criativos para adaptar-se à nova realidade que se apresenta, em um processo de autorregulação. Conforme Cardella (2014, p. 115) "o ajustamento criativo relaciona-se com a dialética de continuidade e mudança, com inserção estrutural do novo no velho para formar com ele uma nova configuração".

A relação com outros significativos conjuga percursos biográficos que se entrelaçam, com suas histórias de vida, estilos relacionais e singularidades. Deste encontro nasce um sistema íntimo, com suas próprias características e formas de existir. A perda de uma das partes deste sistema exige a reconfiguração do sistema como um todo. Parkes (1998, p. 22), nos ensina que "a dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é talvez, o preço que pagamos pelo amor, pelo compromisso".

O certo é que não é possível atravessar a experiência da perda de uma pessoa significativa sem transformar-se. Uma história precisará ser narrada através da nova configuração que se apresenta. Identidades, papéis e relações passam por uma crise, um novo sentido e caminhar precisa ser reconstruído para que a história possa então seguir seu rumo. O vínculo com o passado construído segue seu curso, embora o futuro precise ser recriado a partir das reorganizações exigidas. É um processo árduo, doloroso, exigente, que implica reconstruir o que se conhece de realidade, contando com os recursos possíveis. Para Cyrulnik (2018, p. 41) "no luto, uma estrela afetiva se apega. Para voltar a viver é preciso reorganizar a constelação familiar".

Viver a graça do encontro implica no risco de viver o absurdo da perda. A dor faz parte e o processo de reconstrução, ainda que constitua árdua travessia, é possível. De acordo com Bianchi e Camps, (2020, p. 227) "poder ter lugar na vida de alguém e poder ser lugar de alguém na vida constituem o sentido maior de uma vida plena em significado. Essa forma de viver implica em muita

coragem, pois para isso apropriar da finitude de si e do outro é fundamento".

2 Espiritualidade e base segura: a fé como recurso heterossuportivo na experiência do luto

Injustiça é o mundo prosseguir assim mesmo, quando desaparece quem mais amamos.

(Mia Couto)

O homem é um ser relacional - nasce e se desenvolve a partir da relação com um outro significativo. A experiência relacional pode ser então entendida como fundamento da condição humana. Os cuidados recebidos nos momentos iniciais de vida são fundamentais para o desenvolvimento e sustentam a fundamentação da Teoria do Apego, desenvolvida por John Bowlby, em meados de 1951.

Após o término da Segunda Guerra Mundial, Bowlby atendeu a um convite da Organização Mundial de Saúde, em um período em que muitas crianças haviam perdido ou sido separadas de seus pais, para estudar os efeitos da privação materna. Aos estudos clínicos e pesquisas teóricas, associou fontes diversas como a etologia. Mary Ainsworth, fundamental para o desenvolvimento da Teoria do Apego, desenvolveu estudos sobre interações mães e bebês em Gana, e posteriormente a criação, já nos Estados Unidos do Teste da Situação Estranha – TSE, no qual através de uma parede espelho são observadas as interações entre mães e bebês. Este estudo foi fundamental para que a teoria se consolidasse de forma sistematizada, como um importante estudo sobre o desenvolvimento humano. Bowlby (1989, p. 37) refere que "os primeiros anos de um bebê, quando, sem que ele o saiba, os alicerces de sua personalidade são assentados, constituem um período crítico de seu desenvolvimento".

A partir da forma como a criança estabelece suas relações primárias, começam a se constituir seus padrões de apegos prevalecentes. Quando o bebê experimenta a ameaça, que pode,

entre outras, sono ou fome ativa seu comportamento de apego. O comportamento de apego do bebê ativa o comportamento cuidador de sua mãe (ou cuidador que ocupe o lugar de função materna), que mobiliza recursos para atender as necessidades do bebê. Quando o bebê é satisfeito, seu comportamento de apego é desativado bem como o comportamento de cuidado de sua figura de apego. Este cuidado, constante em espaço e tempo, são internalizados para que sejam constituídos recursos internos que permitam à criança vivenciar a experiência de apego quando estas figuras não estão imediatamente disponíveis. Os padrões de apego se desenvolvem entre o primeiro e segundo anos de vida. Para Parkes (2009, p. 26)

> Esses padrões, uma vez estabelecidos nos dois primeiros anos de vida, mantém-se marcadamente estáveis daí em diante e são preditores da qualidade de relacionamento com os outros durante a infância. A experiência de um amor sensível e seguro colabora para que a criança seja sensível e segura em sua relação com os outros.

Este padrão internalizado poderá influenciar nas formas como a criança vivencia suas possibilidades de explorar o mundo e voltar-se para a intimidade da relação com a figura de apego.

Estes primeiros vínculos são fundamentais para constituir e internalizar a experiência de segurança, e os modelos internalizados a partir desta experiência atuam como uma lente que irá permear as relações futuras e irão também se manifestar em experiências de ameaças, momentos de sofrimento, formação e rompimento de vínculos afetivos. Para Cyrulnik (2006, p. 49), conferem crença no amor - "eu sei que posso amar porque sei que fui amado". Estas são também as matrizes que constituem a dimensão da experiência com o espiritual.

É fundamental considerar que a espiritualidade é relacional, relação esta constituída com o sagrado, de forma que é também atravessada pelos estilos de apego desenvolvido nas relações iniciais de vida – podendo ser seguras, ambivalentes ou evitativas. Para Cyrulnik (2018, p. 35) "dependendo do modo de apego que adquiriu no lar, a criança amará a Deus de maneira segura, se os pais tiveram falado dele de maneira asseguradora ("Deus nos protege").

Pode, porém, desenvolver relações com caráter mais hostis ou punitivos, relacionados a forma como sua abertura a dimensão do sagrado foi sendo constituída.

A dor da perda de uma pessoa amada é um momento de ameaça, traz dor, portanto os comportamentos de apego são ativados e a busca por uma figura de proteção vem para restabelecer a sensação de segurança. Esta ausência pode ser preenchida por uma experiência espiritual? O apego ao sagrado pode contribuir para a retomada de uma experiência de segurança?

A dimensão espiritual pode conferir um sentido à vida, tornando-se refúgio quando a confiança se perde. A religiosidade, inicialmente é constituída pela família de origem, que transmite transgeracionalmente crenças, mitos e valores. Cyrulnik (2018) contrasta o desenvolvimento da religiosidade à aquisição da linguagem. A primeira língua falada pela criança é a língua materna, bem como a primeira experiência de encontro com o espiritual é através da espiritualidade da família. No correr da vida, os processos de assimilação, questionamento de introjetos, este encontro inicial com o sagrado pode ser confirmado ou transformado.

As dimensões de tempo e espaço podem ser atravessadas pela dor, o que pode levar o sofrimento ser inicialmente vivido como infinito, agônico. As matrizes relacionais são afetadas. Podem ser experimentadas vivências de dor, culpa, abandono, raiva. Todos estes sentimentos podem estar presentes na experiência do enfrentamento da perda de um ser amado. Uma possibilidade de restaurar a esperança e sentido da vida está no encontro de uma comunidade de destino, um lugar onde este sofrimento possa ser compartilhado.

Se temos um tempo de viver e um tempo de morrer, podemos sustentar a travessia deste tempo com coragem, plenitude, vazios férteis e pausas? A morte está em nosso horizonte existencial e ao inverso de tirar o sentido da vida, a significa. Vivemos sustentando a certeza de que a vida é finita. Vivemos com a certeza desta espera, muitas vezes, confortado por uma crença espiritual, que nos sustenta em momentos desafiadores, como uma figura de apego que nos ampara quando a segurança de nosso mundo é abalada.

3 Espiritualidade: conceito e diferenciações

Partindo da abertura originária em direção ao Outro, ao fim último, o homem apresenta-se como transcendência.

(Gilberto Safra)

Para podermos discorrer e compreender como a espiritualidade se organiza e afeta o processo de luto, importante a travessia conceitual do que é esse fenômeno humano e como ele se diferencia em suas diversas implicações, ou seja, qual a aproximação e o distanciamento com a religiosidade e a religião.

Safra (2005, p. 210) define a espiritualidade como "o sair de si em direção ao um sentido último e o sustentar a transcendência ontológica do indivíduo". Nesse sentido, Cardella (2017, p. 97) complementa o dizer acima apontando para o fato de que quando constituída a espiritualidade "a pessoa acolhe a morte", uma vez que esse acolhimento transcende a própria existência da pessoa. Nesse sentido, a espiritualidade é o reconhecimento da própria transcendência.

Vale (2005, p. 104) irá apontar para a espiritualidade "como uma necessidade psicológica e constitutiva de todo ser humano" e, nesse sentido, constitui uma busca pessoal de sentido para o existir que culmina em gestos e ações na vida e no viver. Vale também entende que essa busca se direciona para o momento último sem excluir o percurso de vida, ao contrário, podendo dar sustentação para o caminhar.

Nesses conceitos, podemos desdobrar a busca pelo sentido e o reconhecimento da dimensão transcendente. A busca de sentido se relaciona ao próprio viver que tenta sustentar-se nesse pressuposto ontológico inerente a cada ser humano. Obviamente o sentido dado à travessia da vida é próprio a cada pessoa, mas se constitui como o "mais além" e, assim, a transcendência acontece no caminhar existencial.

Importante destacar que os autores acima citados dialogam também com a ideia da compreensão e, portanto, da presença do

absoluto nesse viver espiritual. O absoluto não necessariamente se liga a um ser divino ou a uma concepção de deus. Safra (apud CARDELLA, 2017, p. 97) aponta a espiritualidade como a "possibilidade da pessoa por a si mesma e sua existência em consonância com a sua concpeção do absoluto ou do divino".

Cardella (2017, p. 97) resume a compreensão desses autores sobre o tema:

> A Espiritualidade então é a possibilidade do ser humano de integrar a dimensão transcendente e viver o Mistério, transcendendo a si mesmo. É a busca pessoal de sentido e o movimento de colocar-se em direção ao mais além, ao porvir, ao transcendente. É a interrogação sobre as questões últimas, portanto não implica a presença da fé em um ser transcendente.

Essa experiência espiritual pode vir aliada a uma relação com um ser divino no âmbito de práticas religiosas preconcebidas. Quando estamos diante dessas possibilidades, podemos conceber a religiosidade e a crença em uma religião.

Safra (2005, p. 210) concebe a religião como "o sistema representacional de crenças e dogmas conscientes, por meio do qual uma pessoa procura modelar sua vida e conduta, de maneira espiritual ou de um modo antiespiritual". Destaque-se que a religião norteia a experiência de algum místico que busca organizar suas experiências e transmiti-las a outros (Cardella, 2017, p. 99).

Dentro de uma religião encontramos uma concepção e representação do divino e todo um conjunto de regras e condutas cujo objetivo seria religar o indivíduo a essa entidade transcendente. Esse conjunto de comportamentos e regras, contudo, nem sempre facilitam um caminho preciso de conexão com o ser divino, ao revés, pode obliterar essa experiência.

Alves (2005, p. 91) também sustenta a ideia de que a religião é "um sistema de crenças, práticas, símbolos", porém aponta para o fato que é uma estrutura social através da qual uma sociedade humana vive sua relação com o mundo sagrado.

A religiosidade, por seu turno, é entendida como a espiritualidade que ocorre em meio a concepções sobre o divino (SAFRA, 2005, p. 210). Nesse sentido, a religiosidade irá implicar

a fé em um ser transcendente (GIOVANETTI, 2005, p. 137) o que não necessariamente acontece quando falamos de espiritualidade.

Cardella (2017, 87) irá apontar que na espiritualidade "o sentido é construído sem ligação com um Ser superior", enquanto a religiosidade ocorre a construção do sentido em torno de uma visão de divino.

Assim, a espiritualidade não implica em uma profissão de fé e rituais ou dogmas para sustentar o caminhar humano; mas é o próprio caminhar humano em direção ao sentido último alcançado através dessa vivência.

Importante perceber o quanto a experiência tem estreita relação com a espiritualidade, a religiosidade e a religião. Em sustentações diferentes, esses três fenômenos humanos, se entrecruzando ou não, assenta sua realidade no viver: a espiritualidade na busca de sentido último à existência através desse diálogo-ato com a vida; a religiosidade que busca viver o sentido através do diálogo-conversão ao ente transcendente e a religião que com seus rituais, dogmas e crenças tenta trilhar um caminho de experiências em direção ao absoluto.

4 Considerações finais

A morte é apontada por Price, Bush e Price (2016) como um dos mais estressantes eventos da vida, em que experiências subjetivas, familiares e comunitárias podem ser vividas simultaneamente, nas diversas dimensões deste processo. Muitas vezes, porém, esta vivência é muito solitária e faltam recursos suportivos para sustentação do sofrimento. Neste cenário, de dor e sofrimentos indizíveis, a relação com o sagrado pode oferecer um heterossuporte para o processo de travessia do luto.

Safra (2006, p. 23) aponta que "há determinadas situações em que se lida com o irreparável. Nelas não haveria a possibilidade de reparação propriamente dita, mas seria possível simbolizar as experiências e objetos danificados por meio das novas experiências", e o encontro com o espiritual pode representar uma nova experiência,

vivida ou revivida a partir de uma nova realidade, possibilitando que novos significados sejam construídos em um sentido de acomodar em si a experiência da perda, encontrando para ela uma destinação. Para Cyrulnik (2006, (p. 17) "o desenrolar dos fatos transforma a coisa em signo". A espiritualidade pode conferir o significado necessário em momentos de desorientação, ainda que não expressa através de uma religião. Neste contexto, pode atuar nesta busca de sentido, sendo uma base de apoio no processo de luto. A relação com o sagrado, com o absoluto, pode se configurar em uma sabedoria neste momento de confusão existencial, iluminando o percurso, muitas vezes desafiador e solitário.

Na perda, a relação é transformada e o vínculo internalizado, o enlutado importa para dentro de si a pessoa perdida. Landsberg (2009, p. 21) sobre este processo nos diz "elas apresentam a pessoa espiritual não como aniquilada, mas apenas como desaparecida. Se a morte era a *presença ausent*e, o morto agora é a *ausência presente*" (grifos do autor).

A morte não é nada.
Eu somente passei para o outro lado do caminho.
Eu sou eu, vocês são vocês.
O que eu era para vocês, eu continuarei sendo.
Me dêem o nome que vocês sempre me deram, falem comigo como vocês sempre fizeram.
Vocês continuam vivendo no mundo das criaturas, eu estou vivendo no mundo do Criador.
Não utilizem um tom solene ou triste, continuem a rir daquilo que nos fazia rir juntos.
Rezem, sorriam, pensem em mim.
Rezem por mim.

Que meu nome seja pronunciado como sempre foi, sem ênfase de nenhum tipo.
Sem nenhum traço de sombra ou tristeza.
A vida significa tudo o que ela sempre significou.
O fio não foi cortado.
Porque eu estaria fora de seus pensamentos, agora que estou apenas fora de suas vistas?

Eu não estou longe, apenas estou do outro lado do caminho...
Você que aí ficou, siga em frente...
A vida continua, linda e bela como sempre foi.
(Santo Agostinho)

Referências

BIANCHI, D. CAMPS, P. Luto e enfrentamento na contemporaneidade *In:* MARRAS, M (org) **Angústias contemporâneas e Gestalt-terapia.** São Paulo, Summus Editorial, 2020.

BIANCHI, D. P. B. B., KUBLIKOWSKI, I., CAMPS, P. B., & FRANCO, M. H. P. **Possibilidades da Clínica Gestáltica no Atendimento de Crianças Enlutadas**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 19(4), 1018-1035. https://doi.org/10.12957/epp.2019.49299, 2019.

BOWLBY, J. **Apego:** A natureza do vínculo**.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, J. **Uma base segura:** aplicações clínicas para a Teoria do Apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CARDELLA, B. H. P. **De volta para casa**: ética e poética na clínica gestáltica contemporânea. Amparo: Gráfica Foca, 2017.

CARDELLA, B. H. P. "Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades". In FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia**: conceitos fundamentais. Vol. 02. São Paulo: Summus Editorial, 2014.

CYRULNIK, B. **Falar de amor à beira do abismo.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

CYRULNIK, B. **Psicoterapia de Deus.** Rio de Janeiro: Vozes, 2018.

PARKES, C. M. (1998) **Luto**: Estudos sobre a perda na vida adulta**.** São Paulo: Summus Editorial.

PARKES, C. M. **Amor e perda**: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo, Summus Editorial, 2009.

SAFRA, G. **Desvelando a memória do humano**: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio. São Paulo: Ed. Sorbonost, 2006.

SAFRA, G. Espiritualidade e religiosidade na clínica contemporânea. In Amatuzzi, M.M. **Psicologia e Espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.

ALVES, J. E. R. Religião e espiritualidade: um olhar psicológico. In Amatuzzi, M.M. **Psicologia e Espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.

GIOVANETTI, J. P. Psicologia existencial e espiritualidade. In Amatuzzi, M.M. **Psicologia e Espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.

PRICE, C. BUSH, K. PRICE, S. **Families & Change**: Coping with stressfull events and transitions. California: SAGE Publications Inc, 2017.

Capítulo 11

LUTO: A DOR FALADA E A DOR SENTIDA

Maria Célia Bini

Não aprisione minha alma na sua, permita-me voar, agora que o corpo não mais me prende.
(Maria Célia Bini)

Inicio esse capítulo perguntando... A dor de perder alguém é igual?

Acompanho há mais de uma década pessoas enlutadas, todas trazem o sentimento de solidão ao falar de sua dor, a dor de perder um ente querido, a dor da incompreensão das pessoas próximas. O sentimento é subjetivo, cada pessoa interpreta, vê e sente, de maneira muito singular. A forma que cada um se relaciona com situações vivenciadas, assim também o é. Essa singularidade aparece também no processo de enlutamento, pois a forma que a pessoa lida com os eventos externos, no caso a morte, vai ser pautado segundo sua visão de mundo, conforme estruturou suas experiências de vida, suas dificuldades e suas perdas. Não se pode deixar de considerar o ser que se construiu a partir das relações com a família, sociedade, religião, crenças e valores, tudo isso irá determinar como essa pessoa ira enfrentar a morte de um ente querido. Daí se dá a solidão de sofrer só, como sinônimo da subjetividade.

Ilustrando através da fala: "...ninguém sabe o que estou sentindo, meu irmão lida como se nada tivesse acontecido, ele não me entende, parece que não está sofrendo como eu..." (SIC). Percebemos aí o julgamento em ambos os sentidos, solidão ao sentir, incompreensão ao olhar o sofrimento do outro, esse círculo vicioso trava, impede de reconhecer a si e validar o outro. Esse julgamento pode levar o enlutado ao isolamento familiar e social, por sentir-se

incompreendido em seu sofrimento. Diante de esse olhar, a pessoa fica presa numa "medida de sofrimento", pesando e dando valor interpretativo e imaginário à dor do outro. Por vezes isso pode gerar conflitos familiares, considerando que cada um sente e se comporta de maneiras diferentes à mesma situação. Validando a dor do outro e reconhecendo-se na própria dor, sem medida de julgamento, auxiliará no processo de elaboração do luto.

O pacto de silêncio é bastante comum em casos de diagnósticos de doenças, assim como no enlutamento, e um tanto quanto contrário ao sentimento de solidão, vejam, ambos estão nos extremos do julgamento. Fica aí entendido que não falar sobre meu sofrimento, minhas angústias, minha saudade e minhas lembranças, é sinônimo de sofrer menos e não causar sofrimento ao outro.

> [...] eu não gosto nem de lembrar dele, estou trabalhando bastante, assim esqueço e nem lembro, só quando chego em casa, mas aí tem o pai tadinho, não falo nada pra ele não sofrer também, pois pense, não deve ser fácil nessa idade perder um filho...(sic).

Falar é sofrer e gerar sofrimento no outro. Novamente um ciclo com peso no limite do suportável, pois conjecturar que se ocupar e se calar aliviará a dor da perda, é o mesmo que anestesiar o pé, sem tirar a pedra que está dentro do sapato incomodando. Se permitir sofrer, pensar e conversar, romper com o pacto de silêncio irá aumentar as chances de enfrentamento do momento vivenciado, ou seja, gerar um ambiente acolhedor, em que todos os envolvidos possam expressar seus sentimentos e lembranças, resgatando assim a feição que cada um leva em seu coração, da pessoa falecida, é perpetuar sua existência e sua passagem na vida de cada um. Deste modo, é como vibrar na mesma onda de emoções, atenuando o sentimento de solidão.

O vazio cheio de sofrimento. Nos relatos de pacientes, todos são unânimes ao falar do "vazio", do "buraco" que sentem em sua vida, mesmo que cada um sinta de maneira singular, a forma de expressar é a mesma, daí a preocupação em não colocar todo sofrimento com mesmo peso. Veja, a forma de exemplificar é a mesma, porém como cada um sente é diferente. Isso pode gerar

muito equívoco ao lidar com pessoas enlutadas. Cada pessoa ocupa um "lugar" em nossa existência a partir da representação que damos a ela, isso se confirma quando a pessoa enlutada relata que aquele que morreu era "tudo" em sua vida, era "minha base", "minha razão de viver". Sendo assim, com a morte de seu ente querido não lhe restou nada além do vazio, nada que possa se apegar ou que faça ter forças para lutar e seguir em frente. Instalando-se o sentimento de caos, uma vez que a pessoa falecida ocupava um lugar de direção na vida daquele que ficou, evidente que estava na caricatura criada, pois cada ser têm recursos próprios para seguir em frente, apesar da morte criar essa ideia de condição de dependência do outro. Vejamos:

> [...] minha irmã era tudo pra mim, nunca imaginei minha vida sem ela. E agora, quando eu não souber o que fazer? Quando ia comprar roupa, ela sempre me ajudava a escolher...

Para que haja elaboração desse luto, se faz necessário reconhecer a relação estabelecida com a pessoa que morreu e toda história construída. A generalização ofusca a visão de que a pessoa que morreu não estava constantemente presente, até arrisco dizer que na maioria das vezes não estava. A falta da presença física, o saber que essa pessoa não estará mais sob o olhar, o toque, convoca sentimentos generalistas, onde o TUDO e o NADA determinam a forma de vida que parou no momento da morte, impossibilitando aquele que ficou de seguir em frente a sua própria jornada. A morte origina a impressão de uma "relação siamesa" entre aquele que morreu e o outro que ficou. Elaborar o luto é compreender a individualidade de si e do outro, é reconhecer que os caminhos se unem para se separar algum tempo depois, é saber que a vida é efêmera, mas as relações que criamos são infinitas.

A chibata da culpa. Digo que nosso cérebro é lógico, matemático, busca associações, sendo assim. Onde está a lógica de viver e morrer? Resposta da qual, filósofos, escritores, romancistas religiosos e muitos outros, tentam dar sentido e compreensão. Não há resposta que encontre unanimidade ou que acuda um coração aflito, pela morte de um ente querido. Assumir a culpa e ficar acorrentado no sentimento que poderia ter feito algo para driblar

a morte e evitar que seu ente querido tivesse a vida ceifada por ela, é uma fala comum entre a grande maioria das pessoas enlutadas. Esse aprisionamento se identifica em falas como, "eu tinha que ter feito algo"; "deveria ter levado ao médico antes"; "se não tivesse feito a cirurgia"; ou algo ainda mais profundo, "foi por minha causa que morreu"; "estava tão cansada que cheguei a pensar que seria um alívio se morresse". Nesse momento pode-se imaginar o quão sofrido se torna essa pessoa que perdeu alguém e quão pesado está para carregar esse flagelo. Reflito nesse sentido, nada mudaria a condição da pessoa que morreu, pois para morte não há retorno, não há passado, presente ou futuro, a morte é um episódio que finda a temporada chamada vida, o que fica são lembranças. A culpa corrói, destrói, aprisiona e anula de alguma forma a existência daquele que se foi. É desmerecer toda experiência e vivência que tiveram, assim como toda a totalidade dessa relação, validando o que cada um fez e ofereceu de melhor para o momento. Pensar que mudaria a curso da vida; seria o mesmo que desejar alterar o leito do rio que corre naturalmente.

[...] "não era a hora"; "morreu tão cedo"; Manifestos como esses revelam sentimentos de inconformismo, do não suportar a brevidade da vida. Falam de aflição, do sentimento de controlar o tempo. Isso me faz lembrar os familiares de uma paciente de 97 anos, ao ser comunicada a morte, um de seus 5 filhos me olha e diz: "ela tinha tantas coisas ainda pra fazer, era tão cheia de vida". Vejam, não é a cronologia do tempo vivido, mas sim a dificuldade de aceitar o inevitável, o curso da vida, é o infinito da finitude. Denota ainda a cultura da vida sem morte; remete-me a situação de que "isso não vai acontecer comigo" e se acontecer, "comigo será diferente". Essas falas dificultam o entrar em contato com o sentimento de perda, de viver e chorar pela morte do ente querido, acorrentados ao tempo, se sobressai a rebeldia de sentimentos que em nada favorece o preparo para a morte. Seguimos no paradoxo de que não há vida sem morte, não há morte sem vida.

Quando se fala em morte, luto, sofrimento e dor, muitos questionamentos ocorrem de forma sequencial... "por que eu?"; "o que fiz para merecer?"; "por que agora?"; "será que estou sendo

castigado?". Esses questionamentos podem saquear todos os recursos possíveis na forma de enfrentar o momento do luto. Diante da singularidade de cada ser humano, que carrega em si crenças e valores de uma sociedade, acreditar que a morte é uma punição, gera sentimentos devastadores para a pessoa enlutada. Esses "por quês" são como a foice da morte (simbolismo), que bloqueia a pessoa de entender que morrer é um acontecimento da vida, assim como crescer e se desenvolver.

A morte demanda esforço descomunal para seu enfrentamento, verbalizações que adicionam sentimento de querer voltar ao tempo, ou se adiantar ao momento passado, como num rompante de onipotência e dominação, "se pelo menos estivesse doente"; "foi muito rápido, não deu tempo nem de me preparar". Afirmo que o sofrimento pela morte, não está no tempo ou curso do adoecimento, se foi longo ou rápido o estágio de sofrimento dessa pessoa que morreu, essa desolação está relacionada à certeza de não ver mais seu ente querido, de ter se esgotado todas as possibilidades de convívio. Isso sim gera pendência na relação, a morte traz consigo esse colapso de emoções. A falência de possibilidades abre um abismo diante daquilo que é possível controlar, do desejo de aliviar esse turbilhão de emoções e sentimentos que agride, fere e dói. Somente a compreensão daquilo que é inevitável, fará com que esse furacão seja contornado e dessa forma seguir em frente a jornada chamada vida.

Guerrear contra o impossível, é assim que as pessoas enlutadas passam a viver até a elaboração do luto. Ação diária para assimilar a nova condição de vida sem seu ente querido, desapegar daquilo que compartilhavam, ocupar espaços, preencher armários e seguir a vida. Nesse duelo constante, entre a vida e a morte, que parte de nós é fera outro é ferida.

Respondendo à pergunta inicial. Não, não há como medir esse sentimento, apesar da tentativa de descrevê-lo. A forma de verbalizar podem até parecer iguais, porem a retórica traz no seu âmago o amargo gosto da solidão, incompreensão, vazio, medo, culpa, perda de sentido, entre tantos outros sentimentos que entende quem passa, supõem quem nunca perdeu alguém.

Pai, tantas coisas eu tinha para falar, só que as horas eu não soube aproveitar;

Quando eu vi ali o tempo esgotado, senti o quanto havia te amado, sem nunca ter te falado;

Será meu pai que tu entendeste, que tudo o que fizestes, por mim será lembrado?

Deus, tua vontade incompreendida, levou essa pessoa querida;

Descanse em paz meu pai, que continuarei a tua obra interrompida;

Ficou o último desejo, de apenas te dar um beijo, um beijo de despedida;

E é assim que se encerra, com um monte de terra, o dia mais triste da minha vida. (Maria Célia Bini)

Referências

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **Histórias lindas de morrer**. Rio de Janeiro: Sextante, 2020.

BOWLBY, John. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

DASTUR, Françoise. **A morte**: ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Difel, 2002.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **A roda da vida:** memórias do viver e do morrer. Rio de Janeiro: GTM, 1998.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **O túnel e a luz:** reflexões essenciais sobre a vida e a morte. Campinas, SP: Versus Editora, 2003.

MARKHAM, Ursula. **Luto**: esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Ágora, 2000.

SÊNECA. **Sobre a brevidade da vida.** Porto Alegre: L&PM, 2011.

SERVAN-SCHEREIBER, David. **Podemos dizer adeus mais de uma vez**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011

FUKUMITSU, Karina Okajima (Org). **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras**. São Paulo: Summus, 2018.

YALOM, Irvin D., 1931 – De **frente para o sol**: como superar o terror da morte. Rio de Janeiro: Agir, 2008.

SOBRE OS AUTORES

Adair Adams – Doutor em Educação nas Ciências (UNIJUÍ). Professor do Instituto Federal do Rio Grande do Sul – IFRS – *Campus* Vacaria. E-mail: adair.adams@vacaria.ifrs.edu.br

Ana Carolina Duarte Coelho - Estudante de psicologia na Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). E-mail: anacarolinacoelho@uniplaclages.edu.br

Anne Caroline da Silva – Psicóloga (UNIPLAC). Mestre em Ambiente e Saúde (UNIPLAC). Professora do curso de Psicologia da UNIPLAC. Supervisora de estágio em Organizações de Saúde. **CRP 12/16525**. E-mail: annekaroline_17@hotmail.com

Claudia Almeida Adams – Graduada em Administração de Empresas. Estudante de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). E-mail: claudiaadams@uniplaclages.edu.br

Daniel Alcene Leite - Estudante de Psicologia na Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). E-mail: danielalcene@uniplaclages.edu.br

Daniela Pupo Barbosa Bianchi – Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-SP, mestre em Psicologia Clínica PUC-SP, graduada em Psicologia e Direito, gestalt-terapeuta, professora do Instituto Gestalt-terapia de São Paulo, Instituto Sedes Sapientiae e Centro Gestáltico de Santa Catarina. **CRP 06/80930**. E-mail: danypupo@hotmail.com

Gabriela de Lima Bastos - Estudante de psicologia na Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). E-mail: b.gabriela.lb@gmail.com

Gisela Ferrari - Coordenadora do projeto Acolher Psicossocial. Psicoterapeuta de adultos, casais e adolescentes. Formada em psicodinâmica do adolescente pelo Instituto Sedes Sapientiae e terapia de casal pelo Instituto J.L. Moreno. Experiências com projetos sociais junto ao instituto kaplan e ministério da saúde, com palestras para adolescentes sobre DST AIDS. Atendimentos na área da sexualidade para homens e mulheres com disfunções sexuais. Possui 25 anos de experiência em consultório particular. **CRP 06/21550.** E-mail: giselagf@me.com

Ingrid Esslinger - Coordenadora do projeto Acolher Psicossocial. Doutora em Psicologia (USP). Psicodinâmica Psicanalítica pelo Instituto Sedes Sapientiae. Terapia Psicodramático- Construtivista de Casais, Famílias e Grupos (F&Z). Especialização em Cuidados Paliativos pelo Instituto Paliar. Terapia de Casais pelo Instituto Moreno. Integrou a equipe do Laboratório de Estudos da Morte (IPUSP), desenvolvendo atividades consultivas e pedagógicas na área de perdas, morte e luto. Integra os Comitês de Bioética e de transplantes intervivos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP). Autora de artigos e livros sobre os temas luto, terminalidade de vida, cuidados aos cuidadores profissionais. Coordenadora do curso de extensão sobre Luto do CEFATEF (SP). Experiência na área de emergências, desastres e catástrofes. Integrou a equipe do Hospital Albert Einstein na "missão Brumadinho" em janeiro 2019. **CRP 06/21550**. E-mail: ingridesspsi@gmail.com / ingridess@terra.com.br

João Francisco Greff do Amaral – Psicólogo. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. **CRP 07/34002**. E-mail: joao.francisco.amaral@hotmail.com

Katia Trevisan - Coordenadora do projeto Acolher Psicossocial. Psicóloga especialista clínica. Psicodramatista Didata Supervisora com atuação em grupos de terapia e supervisão. Especialista em

Terapia de Casal pelo Instituto J.L.Moreno e terapeuta de família em formação. **CRP 12/06309**. E-mail: katiattpsi@gmail.com

Kenny Secchi - Psicóloga formada pela UNIVALI. Especialista em Psicoterapia Psicodinâmica Breve pela UNISUL. Especialista em Psicologia Jurídica pelo Conselho Federal de Psicologia. Mestre em Psicologia pela UFSC. Docente, supervisora na área clínica e pesquisadora há 16 anos na UNIPLAC (Universidade do Planalto Catarinense). **CRP 12/4482**. E-mail: kennysecchi@uniplaclages.edu.br

Laís Caroline Schröpfer – Psicóloga. Especialista em Clínica Psicanalítica pela Universidade Franciscana. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. **CRP 07/33160**. E-mail: laisschropfer@hotmail.com

Loredana Amaral Marzocchella - Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Saúde da Criança pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA/UFRGS). Especialista em Psicologia da Saúde (CFP). Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). **CRP 12/15063**. E-mail: l.marzocchella@gmail.com

Luísa Todeschini Pereira Oliveira - Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Especialista em Terapia Familiar Sistêmica (Movimento), em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e em Gestão Hospitalar (Unisul). Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). **CRP 12/08310**. E-mail: luisatodeschini@gmail.com

Mallú Amaral - Idealizadora e Coordenadora do Projeto Acolher Psicossocial. Psicóloga Clínica com formação em Psicanálise pelo Instituto Sedes Sapientiae. Atua em consultório particular há 29

anos atendendo adultos, casal e família. Professora do curso de disfunção sexual feminina na Unifesp. Especialista em dependência química e sexualidade. Dirigiu a ONG Espaço Vita de assistência ao adolescente dependente químico e sua família entre 2004-2010 e fez parte do Projeto Caminhando na ONG Ceaf (Centro de assistência à família e ao adolescente) entre 1994-2004. Em ambos coordenou os psicólogos e realizou grupos de adolescentes e pais. Co-produziu a peça de teatro "Adolescente sim, e daí?!" com temática em sexualidade e drogas com a Cia. de Artes, apresentada em escolas e comunidades de São Paulo e São Caetano do Sul. Dirige a ação social Coração Quente desde 2013 que é um grupo de amigos que dá assistência às crianças e suas famílias das comunidades do Real Parque e Americanópolis. **CRP 06/40978**. E-mail: mallu.amaral@gmail.com / malluamaral@me.com

Marcela Cardoso Nemitz - Graduada pela Universidade Franciscana (UFN). Especialista em Psicologia Clínica pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Pós-graduação em Residência multiprofissional integrada em Saúde Mental pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Pós-graduação em Avaliação Psicológica (IPOG). **CRP 12/14485**. E-mail: marcela.nemitz@gmail.com

Maria Célia Bini – Psicóloga. Mestre pelo Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ambiente e Saúde da UNIPLAC. Especialista pelo Programa de Especialização Lato Sensu em Psicologia da Saúde e Hospitalar. Especialista pelo Programa de Especialização Lato Sensu em Terapia Intensiva. Graduada pelas Faculdades Integradas FACVEST. Atuação como Psicóloga Hospitalar. Professora do curso de Psicologia. Psicóloga Clínica com ênfase na área da saúde, perdas e luto. **CRP 12/10052**. E-mail: mcelia_bini@hotmail.com

Maria Fernanda Moura da Cunha - Máster en Counseling en Intervención en Urgencias, Emergencias y Catástrofes pela

Universidad de Málaga. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente pelas Faculdades Pequeno Príncipe (FPP/HPP). Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). **CRP 12/17093**. E-mail: mariafernandamdacunha@gmail.com

Maria Irene H. Lisboa - Psicóloga Clínica com 38 anos de formação. Especialização em Psicologia Junguiana, pela Santa Casa -SP. Especialização em Distúrbios Alimentares e Obesidade pelo CEPSIC-Inst. Central do HC da Faculdade de Medicina – USP. Formação em Terapia de Casal pelo Instituto J. L. Moreno. Extensão Universitária em Neuropsicologia, Cognição e Emoção pela PUC-SP. Formação em Psicoterapia Breve pela Escola Paulista de Psicologia Avançada. Formação em Teologia pela FATESA. Formação em Constelação Familiar pelo Instituto Oswaldo Santucci. Especialista em Trânsito pela Universidade Católica de Santos. Ministrou aulas nos cursos de formação de Distúrbio Alimentar do HC-USP. Na área corporativa, atuação no Treinamento de grupos no extinto Banco Nacional; na Coordenação de Escolas da Delegacia de Ensino de Santo André, projeto Escola da Família Estado de São Paulo/UNESCO. Avaliação Psicológica de Motoristas pelo DETRAN-SP. **CRP 25.343**. E-mail: lisboamariairene@gmail.com

Patricia Barrachina Camps - Mestranda em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Especialista em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto pelo Instituto Quatro Estações-SP. Especialista em Gestalt-terapia pelo Instituto Gestalt de São Paulo. Professora do Instituto Gestalt de São Paulo. **CRP 06/63876**. E-mail: patriciabcamps@gmail.com

Priscila Schneider - Psicóloga. Mestre em Psicologia (UFSC). Especialista em Neuropsicologia (IPOG), Gerontologia (UFSC) e Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem (UNIPLAC). Professora do curso de Psicologia da UNIPLAC. Orientadora acadêmica de estágio no Hospital Nossa Senhora dos Prazeres.

Psicóloga no Centro Especializado em Reabilitação CER II/ UNIPLAC. **CRP 12/01607**. E-mail: priscila@uniplaclages.edu.br

Vanessa Daiana Bonzanini – Graduada em Administração de Empresas com Habilitação em Recursos Humanos (FSG). Acadêmica do curso de Pós-Graduação em A Moderna Educação: Metodologias Tendências e Foco no Aluno (PUC-RS). Acadêmica de Certificação em Neurociências (PUC-RS). Acadêmica do curso de Psicologia (UNIPLAC) e estagiária de Psicologia no Hospital Nossa Senhora dos Prazeres. E-mail: vanessabonzanini@gmail.com

O processo de luto é a elaboração de mortes de pessoas queridas e perdas de situações significativas da vida. A definição é simples, mas a complexidade do processo nos desafia, os que vivemos o luto ou estamos na função de cuidar dos enlutados. Por essa razão nunca esgotaremos as reflexões, cada nova obra acrescenta mais um tijolo a essa construção.

(Maria Julia Kovács)

ISBN 978-658836297-6

EDITORA
ILUSTRAÇÃO