O LUTO, DOENÇAS E EQUIPE DE SAÚDE

MOURNING, DISEASES AND THE HEALTH TEAM

Marilza Bertassoni Alves MESTRE¹

Ana Cláudia BLANCHET²

Andressa Luiza LINHARES²

Janete Maria da Silva BATISTA³

RESUMO

Introdução: Entendendo o Luto enquanto adaptação a todo tipo de perda, portanto saudável e desejável, esse trabalho traz duplo **objetivo:** analisar a literatura específica que trata de expressões do luto diante de perdas de saúde e seu tratamento e, também verificar se dados obtidos em situação de estágio acadêmico auxiliam a construção de conhecimento científico. **Materiais e métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva, documental e retrospectiva. A metodologia usada foi correlacional entre 1) cinco Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), 2) dados práticos originados de 28 relatórios de estágio em psicologia hospitalar, supervisionados pela autora principal, e 3) 29 artigos e ou dissertação e tese em psicologia e ou enfermagem levantadas por meio da revisão bibliográfica, totalizando 34 obras que servem como fundamentação teórica, das 108 analisadas. **Resultados:** Permitiram considerar, ao final, que: A) surgiu novo olhar sobre o luto e suas fases; B1) confirma a ansiedade como base do “luto” face perdas, porém; B2) apresentando-o em três fases: B2a) Negação; B2b) Quase aceitação – descritas como angústia, medo, raiva, culpa, vergonha, barganha, depressão e co-dependência emocional e B2c) Aceitação. Todas podendo se superpor ou entrecruzar, desencadeadas por contexto, história de vida e valores de seu grupo cultural e C) Usar dados colhidos em estágios supervisionados permite construção de novos saberes, como os descritos pelo estudo. **Considerações finais:** Dessa forma os dois objetivos iniciais foram atingidos, com acréscimo de novas descobertas.

Palavras-chave: luto; psicologia; sofrimento; terapia cognitivo-comportamental

ABSTRACT

Introduction: Understanding grief as adaptation to all types of loss, therefore healthy and desirable, this work brings a double **objective:** to analyze the specific literature that deals with expressions of mourning in the face of health losses and their treatment, and also to verify whether data obtained in academic status help the construction of scientific knowledge. **Materials and methods:** Qualitative, descriptive, documentary and retrospective research. The methodology used was correlational between 1) five Course Completion Papers (CBT), 2) practical data originated from 28 internship reports in hospital psychology, supervised by the main author, and 3) 29 articles and or dissertation and thesis in psychology and or nursing raised through the bibliographic review, totaling 34 works that serve as theoretical foundation, of the 108 analyzed. **Results:** allowed us to **consider**, at the end, that: A) a new look emerged about grief and its phases: B1) confirms anxiety as the basis of "mourning" face losses, however, B2) presenting it in three phases: B2a) Denial; B2b) Almost acceptance – described as anguish, fear, anger, guilt, shame, bargaining, depression and emotional co-dependence and B2c) Acceptance. All of which can be superseded or intersected, triggered by context, life history and values of their cultural group and B) Using data collected in supervised stages allows the construction of new knowledge, such as those described by the study. **Final considerations:** the two initial objectives were achieved, with the addition of new discoveries.

Keywords: grief; psychology; suffering; cognitive-behavioral therapy.

¹Psicóloga, Professora doutora e supervisora do curso de psicologia da Faculdade Herrero

² Psicóloga

³ Enfermeira e Socióloga. Professora mestre nos cursos de enfermagem, odontologia e psicologia da Faculdade Herrero. E-mail: marilzamestre@marilzamestre.com

1. INTRODUÇÃO

Para a área da saúde, compreender a experiência de doença significa considerar o corpo e as elaborações individuais e coletivas no processo de adoecimento, que incluem perdas, dores e aflições. Tal sofrimento ainda mais intensificado em doenças crônicas que requerem tratamento de longa duração com contínuos prejuízos biopsicossociais e espirituais¹.

Viver tais doenças cria prejuízo não só ao doente, mas a familiares e seus cuidadores. Assim, quaisquer reações que produzam a remoção (fuga) ou adiamento (esquiva) daquilo que pode destruir (danificar) o ser é considerado saudável¹. Tentativas de autoproteção fugindo diante do perigo são inatas ao humano, isso é, afastando-se daquilo que pode provocar danos ou evitando o estímulo real ou imaginário; mas a forma como nos afastamos é resultado da história de vida particular de cada um e da cultura onde se foi criado². O comportamento de luto é exatamente isto: fuga/esquiva de aversivos, portanto, saudáveis e desejáveis, embora, sem dúvida, desagradáveis³.

Conquanto nem todas as doenças crônicas representem risco imediato de morte, todas tendem à disfunção da qualidade do viver e podem afetar a adesão ao tratamento. Historicamente as simbologias incorporadas ao morrer transformaram a morte em um fator de aversão extrema, não mais vivido no lar como algo previsível, normal. Mestre⁴ (2015) apresenta o conceito da morte, ligada ao desconhecido e que passou, ao longo da passagem da história humana, a ser algo 'não dito', negado. Antever a possibilidade de perda produz desestabilização nas contingências relacionais que foram construídas pelos grupos e cada membro irá reagir segundo seu repertório de aprendizagem⁵. Partindo da premissa que perdas de qualquer ordem criam situações de luto, é possível inferir que dificuldades significativas emergem, abarcando o paciente e seus familiares, e por extensão a sociedade.

Viver doenças, graves ou não, pode causar sensação de desorganização sobre a própria identidade, pois mexe com situações nunca vividas o que requer mudanças e/ou abandono de planos para o futuro e manejos em longo prazo¹. Tal movimento produz sentimentos, pensamentos ou atos, isolados ou em conjunto, aos quais chamamos de luto, e que, quando bem vivido, é necessário para a recuperação da qualidade de vida.

Vale destacar o impacto na equipe de saúde ante a intervenção terapêutica e a necessidade de fortalecer o paciente, educando-o à adesão ao tratamento. Blanchet e Linhares⁶ (2009) reconhecem o luto como um processo necessário para superar danos com consequências benéficas, entre elas a adesão ao tratamento. E, esta é um processo multifatorial que exige parceria entre quem cuida e o que é cuidado e diz respeito à frequência, perseverança, atenção e disciplina de todos os envolvidos no processo: paciente, família e profissionais^{7 e 8}.

Destaca-se, portanto, a necessidade de identificação das fases do luto com a finalidade de ajudar o grupo interdisciplinar de atendimento à saúde a criar intervenção terapêutica. Para Kluber-Ross⁹ (2017) todos os seres humanos, em situação de luto, vivenciam um processo com fases sequenciais: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Já Parkes¹⁰ (2009) estabeleceu estágios no viver o luto, os quais denominou de: alarme, torpor, procura, depressão e recuperação. E, para Parkes¹⁰ (2009), não há sequência no viver tais fases, sendo possível retrocesso e sobre posicionamento entre elas.

Comprovadamente viver o luto é necessário para a adesão ao tratamento e, conseqüente qualidade de vida e ou morte diretamente relacionado à percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, do seu contexto sociocultural, seus valores, suas perspectivas e suas preocupações¹¹.

Em acordo com relato de profissionais da saúde¹ alguns comportamentos, sentimentos e pensamentos do doente e seus familiares, podem atrapalhar ou auxiliar na adesão ao tratamento, prejudicando ou favorecendo um bom prognóstico. Preparar todos os envolvidos na enfermidade para conhecer, reconhecer e reagir a estas situações é uma das muitas tarefas do psicólogo da saúde¹².

Assim os dois objetivos do estudo proposto foram: analisar o luto e suas fases enquanto adaptação às perdas e, verificar se dados obtidos em situação de estágio acadêmico, prático, em psicologia hospitalar auxiliam a construção de conhecimento científico e inter-relacioná-los à literatura científica do tema e compreender as fases do luto.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma Pesquisa qualitativa, descritiva, documental e retrospectiva. A metodologia usada foi correlacional entre 1) 05 Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), 2) dados práticos originados de 28 relatórios de estágio em psicologia hospitalar,

supervisionados pela autora principal, e 3) 29 artigos e ou dissertação e tese em psicologia e ou enfermagem levantadas por meio da revisão bibliográfica, totalizando 34 obras que servem como fundamentação teórica, das 108 analisadas. Tal levantamento de dados tendo ocorrido entre os anos de 2004-2018 em clínica dia, enfermarias, UTI e ambulatórios de hospital geral em Curitiba/PR, os quais funcionavam como escola de saúde, onde os estudantes de graduação e pós-graduação em Psicologia de uma Instituição de Ensino situada no município de Curitiba- Paraná, exerciam aprendizagem prática supervisionada. A classificação e organização e análise desses ocorrendo entre os anos de 2016 e 2020. Constituíram o corpus da pesquisa cinco Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) produzidos entre 2007 e 2014 e 28 relatórios de atividade com as respectivas atas de supervisão realizadas em Estágio de Psicologia Hospitalar produzidos entre 2004-2018

Ademais se empreendeu uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Scielo*, *Lilacs*, *Medline* e *Ibics*. Considerou-se artigos científicos publicados na íntegra, entre os anos de 2015 a 2019, no idioma português. Foram resgatados 108 obras, os quais foram lidos na íntegra e selecionados 34 delas por conter discussões correlatas com estudo em tela, ou seja contemplavam a análise do conceito de Luto e suas fases, perdas face às doenças e hospitalização dentro da ótica da teoria psicológica Cognitivo-comportamental. Estes documentos e literatura científica serviram para as discussões correlacionais com os TCCs produzidos. Ademais teses, dissertações e ou Trabalhos de Conclusão de Cursos na área de Psicologia e ou Enfermagem.

Os projeto que deram origem aos TCC utilizados foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil e aprovados sob os números do Protocolo de Aprovação: 4660/2007; 4887/2009; 4885/ 2009, 8106/ 2011 e 756870/2014 e, cujos Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) previam possibilidade de futuras publicações científicas.

Como procedimento de análise dos resultados, os achados na experiência de atendimento em saúde foram fundamentados com a literatura científica sob ótica da filosofia da abordagem psicológica cognitiva – comportamental.

O presente trabalho teve início em 2016 ao se organizar relatórios de estágio e TCCs produzidos no período já mencionado, nos quais o Luto era um tema recorrente. Ao correlacionar os descritores de tais obras realizou-se a busca em publicações científicas que versassem sobre o assunto, independente de abordagem psicológica

vigente na psicologia e, surgiram 108 obras, as quais foram sistematicamente lidos, fichadas e analisadas e, ao final, do ano de 2020, constavam 34 artigos. Ademais a pesquisa bibliográfica considerou Trabalhos de Conclusão de Curso (teses, dissertações e ou TCC) em psicologia e ou enfermagem que vieram a compor a fundamentação analítica, pois diretamente tratavam de perdas biopsicossociais face a doenças e suas perdas, entendido aqui como ser o viver o Luto.

A partir daí novo recorte se realizou: sendo, então, excluídas publicações de outras linhas teóricas, à exceção dos clássicos de Kluber Ross⁹ e Parkes¹⁰ que permaneceram e foram incluídos apenas aqueles que traziam análise fundamentada na filosofia cognitiva-comportamental⁴. Na etapa seguinte empreendeu-se a revisão de documentos: 16 atas de supervisão e 28 relatórios semanais de atendimento produzidos durante a experiência das práticas da psicologia hospitalar e correlacionaram os dados analisando-os e procedendo a escrita do artigo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em acordo com Kluber-Ross⁹ foi possível identificar que o luto é um processo com expressões de ansiedade diante da perda e ou ameaça de perda, naturalmente presentes em situações de doença, com ou sem hospitalização. Mas, discordando dessa autora sobre número e forma de aparecimento das fases do luto, os dados apontam que esse se expressa em três fases, quais sejam: **a) negação, b) quase aceitação com oito subfases** nomeadas por depoentes como **angústia, medo, raiva, culpa, vergonha, barganha, depressão** e a **dependência do outro** e uma fase de resolução que se optou por chamar de **c) aceitação propriamente dita**. Tais achados corroboram o dito por Parkes¹⁰ no que se refere que essas poderiam se sobrepor e até, após sumirem, voltar a acontecer.

Estas fases e subfases se tornou objeto de discussão, ilustrada com relatos de experiências de pacientes atendidos pelos acadêmicos do curso de Psicologia em suas práticas supervisionadas, todas pela autora principal, na escola de saúde.

3.a AS TRÊS FASES DO LUTO

3.a1 A fase da Negação

Sidman³(2005) afirmou ser a negação operação envolvendo estímulos aversivos, ou seja, situações, fatos ou objetos que causam dano com alta frequência e/ou intensidade,

na qual o organismo reage reflexamente produzindo opióides endógenos, anestésicos naturais, que podem ‘anestésiar’ literalmente o físico, a cognição e a vontade, bloqueando as funções perceptuais. E passando a não responder, total ou parcialmente, o indivíduo cria o que se costuma chamar de ‘visão ou audição seletiva’. Isto é, o indivíduo acaba por não registrar as informações sobre perdas e, com isto, acaba não ‘percebendo’ o dano produzindo uma baixa discriminação ou “leitura de ambiente deficitária⁴.”

Um relato de uma paciente (61 anos e diabética, em enfermaria cardiovascular) e que havia sofrido amputação de membro inferior ilustra esse processo claro de viver o luto: “... *eu não me sinto doente, acho que nunca me senti...*” Isto em uma discussão com o filho que estava pedindo para ela se cuidar e não “remendar meias furadas”, e que, justamente isto causara a ferida em seu pé¹³.

Embora a negação seja a primeira fase descrita por Kluber-Ross⁹, não necessariamente é a que se vive em primeiro lugar. Aliás, pode até não ocorrer, e/ou, inclusive, acontecer em conjunto com a segunda e, até mesmo após a terceira fase ela poderá reaparecer, de forma total ou parcialmente. Mestre¹⁴ (1996) a explica como fuga extrema, na qual há alta liberação de endorfinas no sistema biológico do indivíduo, ela pode gerar alteração de sensopercepção, afetando o modo de lidar com a realidade¹⁵. Portanto, ocorre ‘anestesia’ da percepção (discriminação) de sentimentos e pensamentos relacionados à doença, suas causas e consequências. Ora se ‘esquece’ ora se aceita que está doente, mas acreditando que ainda se pode continuar com os hábitos de vida que levaram a doença.

Outro exemplo, em uma enfermaria cardíaca a estagiária de psicologia colheu o relato de uma doente (65 anos, que fizera a segunda ponte-safena): “*Ah! que bom que tudo foi bem, agora eu to pronta para cuidar de minhas bisnetinhas. Elas são lindas...*” A aluna pergunta: “*Como assim?*” e a resposta: “*Minha neta trabalha fora e minha filha também e eu fico com as meninas (duas crianças de cinco e três anos que não vão para a escola), por isto eu preciso muito sair daqui...*”¹³ Detalhe que ela não é uma pessoa ignorante, foi professora e se aposentou para cuidar das bisnetas. Mas, parece ‘ignorar’ que não poderá tão cedo, talvez nunca mais, erguer o peso físico destas crianças sem risco para sua saúde e, até, para o bem-estar delas¹⁵.

Outro caso, no ambulatório de Transplante Renal (TX-Renal), um rapaz (38 anos recém-transplantado) pergunta à psicóloga, na consulta logo após a cirurgia, depois de dez anos de hemodiálise, tempo ao qual esperou para concorrer a um rim de cadáver:

“Quanto tempo vai demorar para eu tomar cerveja e comer churrasco de novo?”¹⁴

Também aqui não se trata de desconhecimento, pois ele havia sido suficientemente alertado pela equipe que a perda de seu rim original aconteceu em decorrência de pressão arterial alta, provavelmente por abuso de álcool e sal ^{7 e 15}.

3.a2 A fase de Quase Aceitação

Como todas as fases, essa também é forma de expressão da ansiedade¹⁶, normal e necessária, portanto, desejável em face da aceitação-negação parcial da doença e da forma de tratamento possível. Ela pode ser conceituada como as sensações, sentimentos/ e ou pensamentos de antecipação de coisas ruins².

Pode se entender a influência da ansiedade como resposta que induz a adesão ao tratamento¹⁷. Ela nem sempre é um distúrbio, pode ser saudável e, nesse caso se chama estado de ansiedade, temporária e geradora de força, energia e velocidade para fugir ou lutar diante de ameaças reais. É emoção adaptativa cuja função está em alertar e mobilizar recursos do indivíduo para lidar com ameaça futura. No entanto, quando há cronicidade pode se transformar em transtorno, este sim nocivo, impeditivo de percepção da realidade e raciocínio lógico. A equipe de saúde deveria saber que um estado de ansiedade é percepção de perigo (real ou imaginário) e este deveria ser validado, investigado⁴.

3.a3 A fase da Aceitação propriamente dita

Não se deve confundir aceitação com acomodação. Quando pacientes e familiares entendem e aceitam a doença e a nova condição de vidas. O que pode ser observado nas palavras de Kubler-Ross⁹ (2017, pp.117-118):

Um paciente que tiver tido tempo necessário (isto é, que não tiver tido uma morte súbita e inesperada) e tiver recebido alguma ajuda para superar tudo[...] terá podido externar seus sentimentos, sua inveja pelos vivos e sadios e sua raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar a morte tão cedo... É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado.

Portanto, a aceitação acontece quando se percebe o que se pode fazer a partir da nova realidade existente. Produzindo pensamentos racionais conduz à adesão ao tratamento, permitindo qualidade de vida. Porém, quando os envolvidos entendem que a doença não tem cura também ocorre aceitação, e obtém-se qualidade de morte¹. Como se

pode observar no exemplo: a paciente, (a bisavó que cuidava de duas crianças, já citada à p.5, nesse artigo)¹⁵, da enfermaria cardiovascular, após trabalho da psicologia, relatou ao se despedir no dia da alta:

“[...] eu aceitei o que aconteceu comigo... (ela fala da amputação do pé) não de início, mas aos poucos entendi e procuro seguir o tratamento para me beneficiar do melhor modo de vida que posso ter, sempre me cuidando... posso ficar por perto delas, mas não mais cuidar delas, não daquela forma”.

A aceitação caracteriza-se pela elaboração da nova realidade existente na vida do sujeito (no caso as perdas) e, este processo possibilita vivenciar outras fases. O porquê cada pessoa apresenta mais uma que outra, ou não apresenta alguma delas é determinado por vários fatores, como por exemplo, o repertório comportamental desenvolvido ao longo das experiências de vida; o ambiente que cerca este indivíduo e aplica consequências a estas respostas e tantos outros fatores que tornam singular o ser humano.

Um exemplo de trabalho da fase do luto de aceitação que propicia qualidade de morte é citado por Mestre, Barbosa e Menz¹ (2016). Trabalhando com paciente adolescente, com histórico de perda de três transplantes (TX) renais, sendo um da mãe, outro do pai e o terceiro vindo de doador morto. Portanto configurando perda de 4 órgãos: o seu e os 3 TX. Tal adolescente estava novamente em fila de espera, ficou um longo tempo em hemodiálise e seu coração com grande comprometimento (sequelas) diante do tratamento e da doença em si.

A psicologia trabalhou seu desejo de que a família fosse preparada para a eventualidade mais que provável de óbito antes de conseguir novo TX. Foi o que ocorreu e, a família e a equipe conseguiram fazer de seus últimos dias motivo de viver o afeto e guardar boas lembranças. A isso se chama ‘Qualidade de morte’, em casa, junto aos seus e fazendo coisas que lhe davam prazer e segurança.

O LUTO COMPREENDIDO EM SUAS SUBFASES (QUASE ACEITAÇÃO)

A **quase aceitação** implica em viver uma gama de sentimentos, pensamentos e ações que envolvem aceitar perdas advindas e seu contexto podendo ser intercalada com momentos de negação quando atingido o limite pessoal dos envolvidos. Discriminar a

presença desses comportamentos permitem à equipe melhor conduzir um plano terapêutico motivacional para adesão ao tratamento.

Angústia: é sensopercepção, um mal-estar físico que afeta o indivíduo como um todo e, às vezes aparentemente desconexo da doença diagnosticada, expressa ansiedade mal resolvida que pode generalizar e ser refletida por alterações fisiológicas visíveis, mensuráveis, como placas avermelhadas na pele, urticárias, perda de cabelo, mal-estar gástrico, tremores, gagueira, suor frio, insônia, excesso ou falta de apetites: alimentício, sexual e ou de prazeres anteriores¹⁶.

Medo: como qualquer emoção, trata-se de consequência de se estar diante de estímulos reais ou perceptuais. No caso esses são estressores que disparam tentativas de fuga da ansiedade nas quais a pessoa foca atenção em objetos ou situações ligadas ao dano e surge o medo representado por associações com o desconhecido, a morte, a dor ou as perdas de modo geral (medos ditos permanentes, inatos ao ser humano, filogeneticamente herdados^{17 e 18}. O que se precisa questionar é que tipo de medo os pacientes e ou familiares relatam ou expressam, se racionais ou irracionais (falsas associações). Os primeiros deveriam ser validados e as pessoas ajudadas a enfrentá-los; os segundos trabalhando-se a discriminação da emoção da causa de perigo a ele emparelhada¹⁸.

Para ilustrar, um exemplo em uma enfermaria neurológica: a estagiária de psicologia trouxe o caso de uma interna (42 anos) que já tinha remarcado três vezes a cirurgia de um tumor alojado no cérebro. A cada vez que estava para ir para o centro cirúrgico sua pressão arterial tinha súbita e perigosa alta, sem causa orgânica verificável via exames médicos, o que impedia a cirurgia. Esta pediu a aluna se aquela poderia acompanhá-la durante a estadia na UTI (a enfermagem instruíra que seu procedimento obrigaria um período de internação intensiva por dias, até a recuperação). A fala da adoentada: “*Sabe né? eles vão tirar minha roupa, vou ficar pelada, meu Deus do céu! E se... você sabe... me abusarem, lá?*”. Orientada a aluna investigou sobre a vida da paciente e na história desta moça havia episódio real de abuso sexual reiterado. Foi discutido com equipe interdisciplinar e no dia da cirurgia a estagiária acompanhou a doente até a entrada do centro cirúrgico e a pressão arterial se encontrava normal e estável. Permaneceu lúcida nos dias de UTI e agradecida pela compreensão de seu drama¹⁷.

Foi fundamental conhecer a história de vida, já que a equipe julgava que a pressão alta fosse por medo da cirurgia. E, no entanto sua ansiedade era de algo associado ao seu

passado real, portanto racional. Isto é, ela tentando, sem saber, se defender do aversivo. Então, diante de um aversivo maior, a doença, ela conseguiu buscar a proteção de forma assertiva, solicitando-a à aluna. Bastou que alguém a acolhesse sem julgamento e estendesse a proteção a outras pessoas da equipe como um todo¹².

Ao longo da evolução humana os medos salvaram o homem de perdas e permitiram a preservação de vida. Historiadores classificaram-nos como permanentes ou existenciais (doença, morte e desconhecido), comuns a todas as culturas. O ser humano conseguiu driblá-los unindo-se em grupos funcionais e, assim, as instituições sociais foram sendo criadas e o ‘outro’, aquele que vigia, passou a ser a fonte de segurança e estresse, pois além de cuidar adquire o poder de punir. Assim, para sanar os primeiros temores nasceram os medos sociais ou culturais: 1) desaprovação, que surge do desejo de pertencimento a grupos que o proteja; 2) fracasso, pois o grupo exige competência para alguém pertencer àquela sociedade ou terá consequências terríveis como a 3) solidão, pois se rejeitado os indivíduos ficam, de novo, a mercê de doenças, morte e desconhecido¹⁹.

Porque o viver é muito importante, a sobrevivência tem maior chance quando inserido em grupos, o que exige que se obedeça a regras protetoras do e ao grupo²⁰. Então como explicar que a equipe de saúde se depara com experiências nas quais é nítida a deficiência do paciente e ou seu cuidador em seguir àquilo que traria a cura ou, pelo menos alívio de perdas?²⁰.

Raiva: assim como o medo essa é uma emoção inata e que ocorre pós exposição a estímulos que, no entender da pessoa, são incontroláveis. É reação de tentar destruir o objeto ou pessoa que julga ser o agressor. E parece ser um recurso extremo, de quando se acredita ter esgotado os recursos da evitação. E é um estágio difícil sob os pontos de vista familiar, pessoal e hospitalar²¹. Equivale a disparo da enzima nora adrenalina possibilitando força para remover, por luta, o perigo⁴.

O problema é que poucas pessoas - família e ou equipe - são empáticas a ponto de se colocar no lugar do raivoso e investigar sua causa, entendendo-a como reação natural à frustração diante da percepção de que o ciclo vital pode ser interrompido. O medo suscita maior compreensão, porquanto a sociedade não sente a ameaça que a raiva causa e daí a dificuldade de lidar com tais pacientes. A raiva, revolta, mágoa, inveja, ressentimento e, até mesmo, soberba, são correlatos entre si e todos são formas de expressão de raiva²². A equipe precisa estar atenta às nuances da raiva para efetivamente ajudar. O exemplo vem de um setor de psiquiatria, aonde uma aluna de psicologia chegou

para o plantão noturno e se deparou com a situação na qual uma paciente que vinha sendo tratada por extrema raiva e revolta.

No dia em questão a paciente havia sido medicada, por outro profissional que entendeu seu choro como expressão de depressão/tristeza e, assim, lhe ministrou um antidepressivo. Sob o efeito da medicação, a paciente transformou o choro em agressão física à enfermagem e por fim estava atentando contra a própria vida. Quando a estagiária entrou no quarto ela gritava, espumando: *“Você! Você sabia que eu quero matar este médico loco? Matar todos os homens do mundo?”*¹⁷.

Durante o dia ela tinha chorado, provavelmente como forma de alívio da raiva, pois havia aprendido na psicoterapia que deveria expressar sua raiva, desde que não se machucasse ou a outra pessoa e isto estava registrado no prontuário. No entanto, a equipe da tarde, sem conversar com a paciente ou ler seu histórico, imaginou que ela estava depressiva²³. A medicação só potencializou sua raiva. E ela estava internada por ter tentado matar o companheiro que a havia traído com sua própria irmã¹⁷.

Culpa: tendência de responsabilizar pela doença a si mesmo ou à outros: médico, família ou até mesmo o azar...²⁴. Os exemplos práticos ilustram: em UTI neonatal uma mãe (22 anos), teve pré-eclâmpsia com sequelas para a filha recém-nata e se culpava: *“Eu devia saber que não era normal eu estar tonta o tempo todo. Eu deixei minha filhinha neste estado...”*²⁵.

Em outro caso outra mãe (42 anos), de filho adulto (20 anos, alcoólatra), culpa o marido, também alcoólatra, pelo fato do filho ter perdido a função renal: *“Um bando de trastes esta família ‘dele’ (refere-se ao marido). Eu também sou culpada por ter feito filho com ele. Bem feito, sofra, toma e toma... Ele devia levar uma camaçada de pau...”* e desferia golpes de mão fechada na própria cabeça, parecendo que ‘batia’ no marido ao bater em si mesma expressando uma mescla de raiva e culpa. Neste último caso, a mãe era a doadora em potencial em TX-Renal, foi feito trabalho de preparo de afirmatividade a ela e ao filho e o transplante realizado²⁵.

Nos dois casos o ‘culpar-se’ poderia estar associado ao reconhecimento de infração de regras estabelecidas em uma relação e a probabilidade de sofrer algum tipo de punição de caráter público - desaprovação social - ou por exposição voluntária a estímulos aversivos ou autopunição, ou seja, tais pessoas parecem possuir regras de como pais deveriam cuidar de filhos, e como não conseguiram devem se punir por isto, muitas vezes deixando de viver suas vidas em função da vida de seus filhos²⁶.

O exemplo, aqui, extraído de Gomide²⁴ (2011) vem de um rapaz (31 anos) transplantado renal, à espera de segundo transplante: “... às vezes penso que se eu não tivesse tomado aquele remédio sem o médico receitar... não teria esse problema...” possui consciência de não ter se cuidado adequadamente e, de novo, voltando a ter péssima qualidade de vida ao perder o implante; relata que um vizinho ‘receitou’ um remédio para dor muscular que ele não deveria ter tomado e que afetou o transplante e, como escondeu o fato da equipe, acabou em rejeição²⁴. A culpa pode remeter a um sentimento de potência, daquele que se culpa, pois este parece crer que foi algo que ‘fez ou deixou de fazer’ que causou a doença²⁶.

Vergonha: misto de medo de que o ‘outro’ (aquele que vigia e pune) venha a descobrir que a pessoa é responsável por algum tipo de erro e, ao mesmo tempo, raiva de si próprio por ter agido contra os próprios interesses ou de quem ama. Sentimento comum ao compreenderem que foram seus hábitos de vida que contribuíram para a doença aparecer ou aumentar²⁷.

Por exemplo, uma doadora provável - 47 anos, em TX-Renal, diz a psicóloga: “*Não conte para a doutora!* (Ela fala da médica nefrologista), *que eu não consegui parar de fumar. Ela já disse que eu não vou poder doar o rim para meu marido se eu não parar e ele está por um fio. Que vergonha! Sou um fracasso*”. Esta é fala de uma esposa em casamento de mais 30 anos e 100% compatível, mas sendo fumante e ter engordado muito após confirmação dos percentuais põe em risco a vida do marido. Encaminhada a um grupo de controle de tabagismo em dois meses conseguiu parar. Simultaneamente foi compreendendo que não poderia ser um fracasso⁷, já que o cigarro é uma das drogas mais poderosas em causar dependência e isto não era culpa dela para sentir vergonha⁶.

Barganha: é comum um voltar-se a religiosidade despida de espiritualidade. Nela se faz promessas, mas a solução dos problemas é colocada fora daquele que a sente: “... *se eu sarar prometo que...*” esta é uma frase inúmeras vezes ouvida nas entrevistas com doentes e familiares²⁴. O trabalho do psicólogo, nestes casos, volta-se para dar foco em soluções dentro do repertório de ação do doente/familiar sem desmerecer sua crença na religião, buscando em sua fé a capacidade de validá-lo e auxiliando sua adesão ao tratamento²⁸.

Os pacientes fazem promessas, como, por exemplo, aparece na fala de um paciente (25 anos, em recuperação na UTI e que apresenta quadro de cirrose hepática): “*Se eu sair desta não irei mais beber*”²⁴. Há uma má compreensão de causa-

consequência, pois sua frase diz que não compreendeu que a solução é invertida: ‘se parar de beber aí pode ser que haja cura’¹⁶.

Tristeza/Depressão: entendida como a inação desistir diante das perdas é, no entanto, fundamental e saudável, pois difere da depressão psicopatológica^{11 e 30}, nesta há uma parada para pensar nas perdas: emprego, relacionamentos amorosos, casa, seu espaço, sua vida..., é uma fase crítica que deve ser bem trabalhada. Pois a equipe pode confundir esta subfase da quase aceitação, a tristeza produto de reflexão, necessária à reparação e que permite acesso à fase da aceitação, com a desistência, que é um transtorno depressivo, patológico, advindo de sensação de impotência diante do aversivo³.

Numa sociedade que privilegia o material, a perda da capacidade produtiva faz com que o ‘desamparo social’ seja sentido com mais intensidade¹. Portanto, como as outras, o estado de tristeza, é uma fase necessária, mas, se perdurar ou cristalizar, pode ser nociva⁴.

Lipp²⁵ (2010) ao descrever as fases sequenciais do estresse afirma que este ocorre em quatro estágios: 1) alarme _ ansiedade diante da percepção do perigo; 2) resistência, quando se aciona todo o repertório de comportamentos para afastar os aversivos; 3) quase desistência _ no estresse crônico a pessoa julga não ter controle e/ou expectativa de que finde o problema. Se a situação perdurar a esperança acaba e se instala a 4) falência, ou desistência e aí sim poderá ser a depressão patológica do tipo de ‘Desamparo Aprendido’¹⁴.

O Luto é um tempo de diminuir atividades, refletir sobre os próprios atos e refazer forças. No entanto, se condições de incontabilidade e ou imprevisibilidade acontecerem cronicamente, a depressão patológica se instala¹⁴, o que significa que se a equipe não reconhecer a subclassificação de depressão (estado e transtorno) poderá impedir a expressão de tristeza ou deixar perdurar a situação que já se transformou em doença.

Co-dependência emocional, ou dependência mútua: depender do outro, quando ocorre naturalmente, cria comportamentos benéficos pois é uma dependência pautada em ‘equilíbrio desejável’, onde há reconhecimento de que se pode e deve confiar e a ajuda mútua deve acontecer. Mas o que torna a dependência patológica é de forma exagerada ou artificial. Os seres humanos são gregários e se faz importante viver em estado de ‘em-dependência’, isto é, vivenciando autonomia³¹.

A comunidade verbal, a cultura, possibilita a compreensão de condutas desejáveis ou não. Porém, nem sempre o código usado é claro para propiciar comunicação adequada¹⁸. Às vezes num dado contexto reações que para quem age parecem lógicas, para quem observa soam como desprovidas de propósito. Portanto, como afirmam Schwartz, Lopes e Veronez³¹(2016), investigar o relato descritivo de emoções pode ser um caminho eficiente no entendimento do comportamento humano.

Os dados permitiram perceber o possível aparecimento de codependência emocional naqueles que vivem luto, vivenciada simultaneamente pelo paciente e/ou seu cuidador, os sentimentos, pensamentos e comportamentos na díade ‘doente-cuidador’ aparecem de forma prejudicial a ambos, na maior parte das vezes estes estão inconscientes do problema. É a dependência irracional, muito provável de prejudicar o tratamento⁷.

As expressões ou palavras constantemente repetidas em discursos de cuidadores codependentes emocionais são: “... *é minha culpa; eu errei; abandonei minha vida; não suporto tanta coisa em cima de mim; tudo ficou comigo; se eu não fizer ninguém faz*”³². Frases estas proferidas pelo cuidador, isto é, pela figura que exerce a função parental, independente de idade ou papel social que este tenha. Quando isto ocorre é provável que o doente (cuidado) esteja em fase de tristeza e apatia.

A dependência emocional só é considerada boa quando as pessoas preservam sua liberdade e autonomia e, não se agarram a vida de outrem impedindo também a este, de viver. Quando um ou ambos se mesclam e não há distinção entre eles, há aí a codependência²⁸.

Um exemplo: um idoso de 72 anos, transplantado, diabético insulínico e cego e sua esposa (65 anos, cardíaca, sua cuidadora). Durante uma consulta no TX, ela apresentava taquicardia face ao atraso no atendimento ao marido, que a faria perder a própria consulta, no mesmo prédio. O estagiário se ofereceu para ficar acompanhando o marido para ela ir até a outra sala, no mesmo andar, fazer sua consulta e depois voltar buscá-lo. Ela recusou, não querendo ficar longe do esposo. A médica de plantão interferiu e afirmou que o deixaria à responsabilidade da professora-psicóloga em conjunto com a acadêmica; era nítido no rosto da esposa o desconforto e aceitou apenas pela ‘autoridade’ médica. Duas horas depois a estagiária já tinha acompanhado a consulta do doente e aproveitado para treiná-lo a ir e vir de uma sala à outra, dando dicas táteis (pois a aluna tinha experiência de outro estágio em setor da Associação de Cegos e sabia como fazer tal orientação). Quando a esposa saiu de sua consulta encontrou a dupla na sala de espera

daquele ambulatório. Espantou-se e repreendeu a estudante de que isto seria arriscado para o doente. Esse, passivo por anos, se insurgiu e disse rispidamente: “*eu consegui andar sem ajuda, ela só foi me dizendo como fazer. Quer ver? Eu sou capaz de ir sozinho lá no TX*” e saiu andando, ajudado por sua bengala, conforme ensinado²⁴.

Apesar de existirem diversos tipos de relacionamento familiar, em todos eles existem funções estabelecidas que mantêm certo equilíbrio interno ao grupo. Quando um participante não pode mais cumprir o seu desempenho há desequilíbrio geral, podendo desencadear crise, obrigando a uma reorganização doméstica²⁹⁻³². O adoecer é uma destas situações.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu aquisição de conhecimento para construção de estratégias futuras de intervenção psicológica. E fica demonstrado de que trabalho acadêmico deveria ser mais bem utilizado na construção ou revisão de conceitos. Graças a releitura dos relatórios de diversos setores de tratamento de saúde se percebeu que as fases do Luto são formas necessárias para melhor lidar com o estresse que as perdas produzem. Foi, ainda, possível verificar o luto expresso na fala e comportamento dos envolvidos e de que forma este se apresentava.

Entender corretamente como o luto ocorre e como influencia o processo do adoecer e a adesão ou não ao tratamento, facilita o processo da equipe cuidar e consequentemente a qualidade de vida desta.

A análise construída na interligação entre o que os autores falam sobre o que é o Luto, a narrativa dos usuários de serviço de saúde (doentes, familiares e equipe) sobre as consequências vividas por eles diante das perdas que a doença crônica provoca, atendidos pelo serviço de psicologia da saúde entre 2004-2018, mais a revisão de literatura proporcionou observação de comportamentos coerentes com o que a literatura científica e senso comum entende por Luto e como este permite reorganizar-se.

Os achados, diferentemente de outros autores, permitiram apontar que se trata de processo composto por apenas três fases: 1) **Negação** (total ou parcial); 2) **Quase aceitação**, com subfases: angústia, **medo, raiva, culpa, vergonha, barganha, depressão** e **codependência emocional** e 3) **Aceitação** propriamente dita. Estas podendo ocorrer com superposição de mais de uma simultaneamente.

A negação é uma forma de lidar com a ansiedade, que embora adequada na evolução humana poderia trazer mais dano que solução. A quase aceitação expressa a ansiedade em comportamentos descritos como angústia, medo, raiva-revolta, culpa, vergonha, barganha, depressão e/ou Co-dependência do outro. Se tal ansiedade for vivida como estado de ansiedade o experimentar e expressá-la pode servir de instrumento social de resolução de problemas, no entanto quando não compreendida pode se tornar transtorno que irá atrapalhar a recuperação ou reparação de perdas. E, a aceitação final ou compreensão acerca da doença permitindo qualidade de vida e de morte.

Sendo assim, o estudo sobre o luto e suas fases, possibilitou criar estratégias de intervenções psicológicas permitindo aos pacientes um espaço de escuta e fala que os ajudem a melhor elaborar suas perdas sociais e físicas e conseqüentemente a adesão ao tratamento e melhora na qualidade de vida.

Considera-se então que o estudo permitiu conhecer como o luto se expressa e, assim, servir que profissionais de saúde compreendam o que está acontecendo com o indivíduo doente e ou seu familiar, permitindo realinhamento de terapêutica caso a caso.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mestre M, Barbosa PN, Menz DM. Perdas biopsicossociais e doença renal crônica. Revista Gestão & Saúde [Internet]. 2016; 14(2): 01-12.
2. Skinner BF. Ciência e Comportamento humano. Vozes. Campina/SP. 2005.
3. Sidman M. Coerção e suas implicações. Campinas/SP: Livro Pleno. 2005.
4. Mestre M. Oficina para controle da dor e Ansiedade-Apostila de Relaxamento. Curitiba/PR: edição da autora, em CD. 2015.
5. Mestre M, Martins P, Hauer R. A psicologia numa unidade pediátrica de queimados. Revista Gestão & Saúde [Internet]. 2019; 21(1):46-60.
6. Blanchet AC, Linhares AL. Criação de instrumento de avaliação psicológica do luto em doenças crônicas: suas fases como vetores determinantes na adesão ao tratamento e qualidade de vida. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Psicologia, Faculdade Evangélica do Paraná. 2009.
7. Machado A, Hara O. Amostra piloto para criação de manual sobre a preleção informativa com usuários do ambulatório TX-Renal. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Psicologia da Faculdade Evangélica do Paraná, 2014.
8. Delalibera MJP, Coelho AJ, Barbosa A, Franco, MHP. A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. Ciência e saúde coletiva. 2015; 20 (4).
9. Kübler- Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes. 10ª edição, 2017.
10. Parkes CM. Amor e Perda - As Raízes do Luto e Suas Complicações. São Paulo/SP: Summus. 2009.
11. Kreuz G, Franco MHP. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 2017; 69(2).
12. Souza R, Pianowski B, Hilgemberg G, Kummer K. Manual de rotinas de humanização em medicina intensiva. Curitiba. 2004.
13. Kleinhans AC, Frham GF, Rodrigues L. Relato de atividade do psicólogo hospitalar na prevenção ao pé diabético. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Psicologia. Faculdade Evangélica do Paraná, 2007.

14. Mestre M. O desamparo aprendido, em ratos adultos, como função de experiências aversivas incontroláveis na infância. Dissertação de mestrado. Departamento de Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo, 1996.
15. Rabello R. O comportamento humano no processo saúde-doença: evidencia para a prática psicológica no ambulatório de Transplante Renal. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Psicologia. Faculdade Evangélica do Paraná, 2009.
16. Otto F, Amui J, Mestre M. Coração e alma: vida e outros símbolos das doenças cardíacas na realidade hospitalar. *Rev. SBPH*.2012;15(1).
17. Netto R, Mestre M, Santos D, Zotto L. Ansiedade e depressão em pacientes com tumores do sistema nervoso, hospitalizados à espera da cirurgia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva [Internet]*.2009; 11(2):267-284.
18. Mestre M. O papel da seleção cultural na construção das emoções e sentimentos ou de sua representação, filtrados pela memória. In: Guilhardi H J. *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André, SP: ESETEc, 2005.v. 16. PP. 70-91
19. Mestre M. Medo e Memória: evolução e sociabilidade do final do século XX (1950-2000). *Interação*. Revista do departamento de Psicologia da UFPR. 2000.Curitiba. UFPR. Pàg 75- 95.
20. Carvalho LM. Desenvolvimento Moral na Análise do comportamento: uma revisão bibliográfica. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. 2019.
21. Dahdah DF, Bombarda TB, Frizzo HCF, Joaquim RHVT.: Revisão sistemática sobre luto e terapia ocupacional. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*. 2019;27(1).
22. Elia J. Transtorno Desafiador Opositivo. *msdmanuais.com*, março de 2019.
23. Delinski G, Franzoni F, Graczyki E, Mestre M. Uso de encobertos na prática clínica. Em Brandão. M. Z. (org). *Sobre comportamento e cognição*. 2003;11: 210- 215.
24. Gomide F. Manual prático, ilustrado, do atendimento psicológico ao usuário do ambulatório de transplante renal do HUEC. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de psicologia. Faculdade Evangélica do Paraná. 2011.
25. Lipp M, Malagris L. O treino cognitivo de controle da raiva. Rio de Janeiro/RJ: Cognitiva. 2010.
26. Mestre M, Machado JM, Paloski AC, Christoff AO, Maciel GSB, Ramalho I, et al. Relações de afeto e apego como resultante de estilos parentais. Trabalho de Conclusão de Curso de psicologia. Faculdade Evangélica do Paraná. 2014.
27. Nascimento DC, Nasser GM, Amorim CA, Porto TH. Luto: uma perspectiva da terapia analítico comportamental. *Psicol. Argum*.2015; 33(83): 446-45.
28. Sousa LOa. Dependência emocional como rota de fuga/esquiva às contingências aversivas. Relatório de final de estágio. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de psicologia. Faculdade Evangélica do Paraná, 2012.
29. DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Artmed. São Paulo/SP: 2014. 5a ed.
30. Schwartz FT, Lopes GP, Veronez, LF. A importância de nomear as emoções na infância: relato de experiência. *Psicol. Esc. Educ. [Internet]*. 2014; 20(3).
31. Mestre M, Murara S, Totti C, Zavadniak G, Paschoal J, Cortelleti L, et al. Estilos parentais como possível variável responsável pela adesão e ou manutenção ao abuso de drogas. Relatório de final de estágio Congresso internacional da ABPMC, São Paulo/SP. 2004.
32. Viana V.A. Representação social da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. 2018.