

REVISTA

FAROL

FACULDADE ROLIM DE MOURA

ISSN Eletrônico: **2525-5908**

www.revistafarol.com.br

ISSN Impresso: **1807-9660**

Vol. 11, Nº 11. 2020 - Novembro

Contato: revista@farol.edu.br

LUTO ANTECIPATÓRIO: Cuidados psicológicos com os familiares diante de morte anunciada

Francisca Isabella Massocatto

Elizangela Codinhoto

LUTO ANTECIPATÓRIO: Cuidados psicológicos com os familiares diante de morte anunciada*

Francisca Isabella Massocatto¹

Elizangela Codinhoto²

Resumo: O luto é um processo lento e doloroso que ocorre de forma consciente, bem como é considerado um processo natural na elaboração da perda, onde o enlutado passa por fases de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação em um período de um a dois anos. Já o luto antecipatório foi um conceito desenvolvido por Erich Lindemann em 1944, quando observava as famílias dos soldados que iam para as guerras, pois elas entravam em processo de luto mesmo sem a morte confirmada do familiar. As fases vivenciadas nesse processo assemelham-se as do luto normal, mas acontecem com a pessoa ainda viva e com diagnóstico de morte eminente. O tempo prolongado para a finitude é um dos principais inimigos, pois vai debilitando a resistência dos envolvidos. Assim a família do paciente deve ser levada devidamente em conta garantindo ajuda eficaz ao paciente. A família que acompanha um ente querido sofre tanto quanto o paciente, pois vê-lo se degenerando e não poder ajudar, causa sentimentos como impotência e culpa. O psicólogo deve ouvir e interpretar a fala desse familiar com mãos livres de instrumentos, observar seus sinais e sintomas e preparar esse familiar para a morte efetiva para que não resulte em um luto patológico. A equipe de saúde, principalmente o psicólogo, deve oferecer apoio e o não abandono. Assim, este estudo bibliográfico, de abordagem qualitativa exploratória, teve como objetivo compreender a atuação do psicólogo em casos de morte anunciada nos pacientes, familiares e equipe. Percebe-se a importância deste profissional para auxiliar na elaboração dos sentimentos decorrentes da situação limite.

Palavras-chave: Luto. Luto antecipatório. Cuidados psicológicos. Intervenções.

ANTICIPATED GRIEF: Psychological cautions with family members towards announced death

Abstract: Griefing is a slow and painful process that happens consciously, as well is considered a natural process in coping with loss, where the grieving person must pass by the phases of denial, anger, bargain, depression and acceptance, in a period from one to two years. Already the Anticipated grief was a concept developed by Erich Lindemann in 1944, while observing family and relatives of soldiers going to war, as they entered a grieving process even before the relative's death was confirmed. The phases regular grief, but they happen with the grieved person still alive after the diagnosis of imminent death. Thus, the family of the patient must be properly taken care to assure the patient useful assistance. The family that caters for a loved one suffers as much as the patient, as watching the withering of their lives without being able to help, cause feelings of guilty and powerlessness. The psychologist must listen and translate the speech of such family member hands free of instruments, observing their signals and symptoms, while preparing them for the actual death of their loved one, in order to avoid a case of pathological grieving. The health and care team, mainly the psychologist, must offer support, not giving up on the patient and their family. So this bibliographical study, with an explorative qualitative approach, had as an objective understand the role of the psychologist in cases of announced death of a patient, family members and the health and care team, helping to cope with the feelings stemming from the limit event.

Keywords: Grief. Anticipated grief. Psychological caress. Interventions.

*Trabalho apresentado à Faculdade de Rolim de Moura – FAROL, como requisito final de avaliação para conclusão do curso de Graduação em Psicologia, 2019, orientado pela professora Elizangela Codinhoto, e-mail: elizangelacodinhoto@hotmail.com

¹Acadêmica do curso de Psicologia, FAROL – Faculdade de Rolim de Moura. E-mail: franisacatto@gmail.com.

²Profª. na Faculdade de Rolim de Moura - FAROL. Mestre em Psicologia. Psicóloga Clínica na Clínica de Psicologia FloreSer. E-mail elizangelacodinhoto@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Segundo Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013) o luto é um processo de perda lento e doloroso, não se tratando de um processo inconsciente, pois, o enlutado sabe exatamente o que perdeu. O luto é considerado um processo natural no auxílio da elaboração da perda, e não se deve interrompê-lo, pois não é considerada uma doença. Ao que Klüber-Ross (1996) enumera cinco estágios do luto o qual deve-se passar: o primeiro é o da negação e isolamento, o segundo é o da raiva, o terceiro é a barganha, o quarto é a depressão, o quinto é o da aceitação.

Kovács (2008) descreve o luto antecipatório como um processo que ocorre com a pessoa viva e é sentida sua perda. Tende a ocorrer em casos de doenças graves ou que houve um período longo de tratamento. A pessoa ainda não morreu, mas quem está ao seu lado sente a necessidade de elaborar essa perda com ela ainda viva e esse processo é uma via de mão dupla. Ver a degeneração física ou psíquica de um ente querido pode gerar na pessoa do cuidador o desejo de que o paciente morra para aliviar o sofrimento de ambos, o que gera culpa, e sentimento de impotência ao ver a pessoa amada sentindo dor ou sofrendo e não poder promover o alívio, porquanto sempre haverá a idealização de que algo poderia ter sido feito para ajudar.

Frente a complexidade e fragilidade da temática e a gravidade de possíveis danos psicológicos surge a necessidade então de estudos relacionados e pesquisas para que assim torne-se de conhecimento de todos, evitando desta forma o desenvolvimento de lutos patológicos durante o luto antecipatório e no luto pós-morte.

Kübler-Ross (1996) explica que a família do paciente em fase terminal deve ser levada devidamente em conta, pois assim o paciente será ajudado com eficácia. Durante a internação as reações dos familiares mediante aos percursos serão as contribuintes as reações dos pacientes. Segundo a autora, pode haver mudanças dramáticas na atmosfera familiar, onde o parceiro ou parceira pode sentir-se sozinho e sobrecarregado com os afazeres. Surge então a solidão e o ressentimento. Para Machado (2015), a ausência é fator de maior sofrimento para os familiares e nesse momento a família deve contar com o auxílio da equipe de saúde. O psicólogo entra nesse contexto com as mãos vazias de instrumentos e apenas com o dom da palavra e da escuta treinada, com intuito de amparar essa família aliviando a angústia, tirando dúvidas, apoiando com questões emocionais, acolhimento e ajudando na despedida do ente querido para que assim se evite um luto patológico/complicado.

Sendo assim, toda a equipe multiprofissional que atua dentro do âmbito hospitalar tem seu papel de importância, mas o psicólogo hospitalar transita entre essa equipe como um mediador, tendo em vista os possíveis conflitos que podem vir a ser gerados entre a família, a equipe médica e o paciente. Em toda sua atuação o psicólogo deve estar apto a auxiliar em todos os contextos que envolvam o paciente internado.

Para tal pesquisa, foram utilizados artigos científicos das seguintes fontes: *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*), *Pepsic* (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), *e-Google* acadêmico, com publicações emitidas nos últimos quinze anos. Utilizou-se dos seguintes descritores: luto antecipatório, luto, cuidados paliativos, doenças crônicas, velhice, câncer terminal, doenças terminais. A análise de dados pautou em uma abordagem qualitativa, na qual não houve uma quantificação dos dados, sendo que analisou-se os conteúdos através da técnica de análise de conteúdo.

O artigo apresenta o resultado de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa exploratória. Com isso, a pesquisa teve como foco descrever o luto, luto antecipatório, o papel do psicólogo e as intervenções psicológicas envolvidas nesse processo.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 O que é o luto?

Segundo Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013) o luto é um processo de perda lento e doloroso, não se tratando de um processo inconsciente, pois, o enlutado sabe exatamente o que perdeu. O luto é considerado um processo natural no auxílio da elaboração da perda, e não se deve interrompê-lo, pois não é considerada uma doença.

Klüber-Ross (1996) enumera de um a cinco os estágios do luto o qual deve-se passar: o primeiro é o da negação e isolamento, o segundo é o da raiva, o terceiro é a barganha, o quarto é a depressão, o quinto é o da aceitação. Todos esses estágios são considerados como mecanismos de defesa instalados inconscientemente para que a saúde mental do sobrevivente/enlutado seja preservada. Passando por esses estágios o sujeito consegue associar a realidade com o fato para com o tempo aceitar o ocorrido.

Para que o luto seja considerado normal é necessário que se respeite um limite de tempo mínimo de um à dois anos, compreendendo a oportunidade de o enlutado vivenciar todo um calendário anual sem a presença da pessoa falecida. O luto patológico segundo Alves

(2014), pode se manifestar tanto pela intensidade quanto pela ausência de qualquer sintoma, a partir de então considera-se que a pessoa enlutada tem um potencial para o adoecimento e necessitam ser monitoradas durante o processo do luto.

Os sintomas de um luto patológico podem se deferir de acordo com Manfrinato (2011) que cita: depressão, euforia excessiva, falta de sentimentos ou reações, confusão, diminuição da percepção de si como uma despersonificação, entre outros.

A negação, a culpa, a raiva, a revolta, e a aceitação são algumas das fases do luto mais apontadas. É de extrema importância que essas fases sejam atravessadas de forma natural e sem interrupções para que o luto vivenciado, seja considerado normal, caso o indivíduo estagne em uma só fase e não procure ajuda profissional ou não esteja sendo monitorado pode-se gerar o luto patológico, que seria então uma complicação do luto normal, levando o enlutado a não resolução do processo (SANTOS; YAMAMOTO; CUSTÓDIO, 2017).

O luto é um evento natural pelo qual todos passarão um dia, pois a morte é um processo orgânico ao qual todos estão sujeitos, no entanto, e de acordo com a evolução cultural e tecnológica, nos dias de hoje a morte tornou-se símbolo de fracasso. O luto normal é vivenciado fase a fase e elaborado com o tempo, já o luto patológico ocorre quando o sujeito, ao começar a passar pelas fases do luto, não se permitiu a elaboração. Essas fases também são vivenciadas no processo de luto antecipatório que é caracterizado como o processo as quais famílias e pacientes sentem durante um tempo prolongado de internação ou diagnóstico de morte.

2.2 O que é luto antecipatório?

O luto antecipatório, para Ondere e Lisboa (2017) é um fenômeno cuja conceituação foi elaborada pelo psiquiatra alemão Erich Lindemann no período da Segunda Guerra Mundial. Ele observava as esposas dos soldados, que ao retornarem da guerra com vida, sofriam uma determinada exclusão por parte da família. Isso porque quando esses soldados iam aos campos de batalha suas esposas já entravam em um processo de elaboração, como se seus maridos já tivessem realmente morrido. Elas aceitavam a morte antes de ela acontecer, esse processo se desenvolve quando a risco eminente de morte ou separação.

Kovács (2008), em seu livro *Morte e Desenvolvimento Humano*, descreve o luto antecipatório como um processo que ocorre com a pessoa viva e é sentida sua perda. Tende a ocorrer em casos de doenças graves ou que houve um período longo de tratamento. A pessoa

ainda não morreu, mas quem está ao seu lado sente a necessidade de elaborar essa perda com ela ainda viva e esse processo é uma via de mão dupla. Ver a degeneração física ou psíquica de um ente querido pode gerar na pessoa do cuidador o desejo de que o paciente morra para aliviar o sofrimento de ambos, o que gera culpa e sentimento de impotência ao ver a pessoa amada sentindo dor ou sofrendo e não poder promover o alívio, porquanto sempre haverá a idealização de que algo poderia ter sido feito para ajudar.

Para Kübler-Ross (1996), os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação e esses se assemelham aos estágios vividos pelos familiares no luto com a morte. Começam com a negação do diagnóstico, negação de que haja tal doença, e de que o médico está certo, insistindo na esperança de cura. A raiva é o estágio direcionado à equipe médica e/ou apenas ao médico portador da notícia, há muito de inveja nesse estágio, pois os familiares se sentem frustrados por não poder estar e cuidar do paciente. Neste âmbito observa-se também muita culpa e ressentimento que levam a família a entrar num processo de pesar preparatório, um mecanismo de defesa para suportar a morte anunciada. Aos poucos o paciente vai eliminando as visitas de pessoas que considera, no momento, dispensáveis e vai reduzindo até que se reduza a apenas um integrante. Essa é a forma que o paciente usa para se despedir e desapegar das pessoas que gosta. Por fim vem a aceitação de que a morte é algo que acontecerá.

Simonetti (2018) menciona basicamente os mesmos mecanismos de defesa de Ross em seu livro sobre a morte e o morrer, diferindo apenas na exclusão da barganha e inclusão da esperança. De acordo com o mesmo, quando não houver mais esperanças o paciente irá inventá-las, e esta deve ser mantida, não importa sob que forma.

O luto instalado antes mesmo da perda reveste-se das mesmas características e sintomatologia do luto considerado normal. O que difere é que o luto antecipatório se baseia no estabelecimento do vínculo entre paciente e o familiar para que se entenda melhor o processo de rompimento ou esgarçamento dos laços afetivos (CARDOSO; SANTOS, 2013).

Segundo Correia (2014), o luto antecipatório reporta-se as emoções particulares vivenciadas pelo cuidador na fase terminal como a ansiedade de separação, a solidão existencial, a negação, a tristeza, o desapontamento, a raiva, o ressentimento, a culpa, a exaustão e o desespero. O cuidador tende a ver seu ente querido se despersonalizando e perdendo a intimidade com a família, estas são situações dolorosas para o cuidador ao ver diariamente as perdas do doente, e também o sofrimento antecipado com a sua morte.

Silva (2003) compreende que o problema maior da situação de morte eminente é o desgaste a frustração decorrente da impotência vivenciada perante: O que fazer e quando vai ser? O tempo prolongado para a finitude é um dos principais inimigos, pois vai debilitando gradativamente a resistência dos envolvidos. Podem assim assumir diversos papéis como: apáticos, inconformados, os desesperados, ou, em sua maioria, o forte.

A parte mais crítica da terminalidade e do luto antecipatório é a ressignificação de si mesmo, feito pelo paciente no fim da vida, o que significa apagar a visão que se tinha da pessoa que era e desenvolver novas concepções de si próprio o que inclui as mudanças físicas, cognitivas, emocionais, e as restrições que a doença lhe ocasiona. Santos, Yamamoto e Custódio (2017) afirmam também que nos últimos dias de vida o relacionamento paciente e família podem ir de o mais afetuoso ao distanciamento e hostilidade, pois aqui, à certeza de que o fim é real e que não existe salvação.

A proximidade da morte e a convivência com essa possibilidade pode debilitar, desgastar, surgir conflitos ou mesmo ressurgir conflitos ainda não trabalhados entre os familiares e pacientes. O ambiente hospital em si é estressante, de muita tristeza, medos, notícias boas e ruins e que talvez tanto o paciente e familiares, como a equipe que os atenda precisem de uma atenção treinada para aliviar o sofrimento, dor e propiciar um vínculo maior entre as equipes e a quem atendam. O psicólogo aqui é integrado como mediador dessas situações.

2.3 O papel do psicólogo diante das famílias em processo de luto antecipatório

Kübler-Ross (1996) explica que a família do paciente em fase terminal deve ser levada devidamente em conta, pois assim o paciente será ajudado com eficácia. Durante a internação as reações dos familiares mediante aos percursos serão as contribuintes as reações dos pacientes. Segundo a autora, pode haver mudanças dramáticas na atmosfera familiar, onde o parceiro ou parceira pode sentir-se sozinha (o) e sobrecarregada (o) com os afazeres. Surge então a solidão e o ressentimento. A esperada ajuda de familiares e amigos pode não ocorrer de forma imediata, ou ocorre de forma inaceitável, haverá vizinhos que só estão interessados nas últimas notícias e haverá aquele que servirá para aliviar a tensão ou ajudar nos deveres corriqueiros. É necessário sensibilidade para com este familiar.

A família que acompanha um ente querido em fase terminal sofre tanto quanto o próprio paciente. O medo da morte traz desconforto, angústia, tristeza e a realidade que aos

poucos tem que encarar. Diante da perda anunciada à família se desorganiza, grita, chora, realiza uma descarga corporal de forma subjetiva. A ausência é fator de maior sofrimento para os familiares e nesse momento a família deve contar com o auxílio da equipe de saúde. O psicólogo entra nesse contexto com as mãos vazias de instrumentos e apenas com o dom da palavra e da escuta treinada, com intuito de amparar essa família aliviando a angústia, tirando dúvidas, apoiando com questões emocionais, acolhimento e ajudando na despedida do ente querido para que assim se evite um luto patológico/complicado (MACHADO, 2015).

Monteiro, Magalhães e Machado (2017) apresentam a importância de se trabalhar o luto antecipatório em familiares e pacientes diante do diagnóstico de morte com períodos longos de internações. Entre o diagnóstico de morte e a morte efetiva do paciente a família passa por algumas perdas como a saúde, afastamento da rotina cotidiana, perda do senso de controle e segurança. Neste contexto entende-se que os cuidados com os familiares do paciente englobam os cuidados com os próprios pacientes internados, principalmente por que estes estão sedados na maioria do tempo e assim incapacitados de tomar determinadas decisões que soma como tarefa a ser exercida pela família.

O psicólogo, inserido no contexto hospitalar (psicólogo hospitalar), atua com atendimento aos usuários e a seus familiares. Quando o paciente passa pelo processo de diagnóstico de morte ou internação prolongada com risco de morte, a família e o paciente enfrentam verdadeiras mudanças em sua rotina habitual. E em casos de situações de terminalidade costumam aparecer problemas que não foram resolvidos em outros momentos da vida. Nesse momento o psicólogo é de extrema importância atuando como mediador de determinada situação, para que não haja maior prejuízo ao paciente e suas relações afetivas (SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011).

Silva (2003) aponta que o profissional que trabalha com o luto antecipatório precisa trazer para o foco o lado positivo da situação, por exemplo, ter mais tempo para uma boa despedida ou mesmo a resolução de conflitos antes não resolvidos. Nesses casos deve-se baixar o nível de ansiedades de fantasias em torno da culpa dos deveres, responsabilidades. Isso nem sempre é tarefa fácil para o psicólogo, mas o mesmo deve estar atento ao discurso do familiar enlutado, pontuando onde ele coloca algo a mais ou a menos em suas falas, em comparação com aquilo que realmente está acontecendo.

É função do psicólogo hospitalar, segundo Ferreira e Mendes (2013), acompanhar e adaptar as visitas ao paciente. Preparando a família para a entrada, explicando as regras, estimular essas visitas, o contato com o paciente e observando, avaliando as condições desse

familiar para continuar inserido naquele contexto. O psicólogo deve também acompanhar o prontuário do paciente onde constam as informações médicas relacionadas à compreensão dos familiares junto a realidade do quadro clínico.

Simonetti (2018) explica que o psicólogo deve ser orientado pelo desejo de vida do paciente e não a possibilidade de vida, o prognóstico clínico não é instrumento de trabalho e sim a possibilidade de manutenção de esperança e integração da equipe, família e paciente.

O papel do psicólogo no contexto hospitalar é de suma importância para o bem-estar do paciente, para que o mesmo se sinta livre para falar o que talvez outras pessoas, inclusive seus familiares, não entenderiam. Em relação aos familiares, o acolhimento e auxílio psicológico, os ajuda a desenvolver seu papel de forma mais leve e consciente. Algumas intervenções psicológicas são necessárias e de suma importância, principalmente na resolução de conflitos.

2.4 As intervenções psicológicas no processo de luto antecipatório

Hayasida *et al.* (2014) apontam que a intervenção terapêutica pode cooperar de maneira estrutural e funcional nos cuidados fornecidos aos pacientes e familiares auxiliando-os a verem a morte com outras perspectivas para que haja o alívio do sofrimento, qualidade de vida e morte. Os profissionais que lidam com a morte e o morrer experimentam ansiedade, fracasso e impotência, culpa, frustração e tristeza. Um dos objetivos é auxiliar como suporte emocional, validando os sentimentos e emoções do enlutado.

De maneira clara e detalhada Martinho, Pilha e Sapeta (2015) explicam que os cuidados reservados as pessoas com doenças crônicas, degenerativas, de risco ou eminência de morte é chamado de cuidado paliativo e é executado de forma multiprofissional. O objetivo desses cuidados é garantir aos pacientes e seus familiares bem-estar, qualidade de vida e promovendo o alívio do sofrimento físico, social, emocional, espiritual, e psicológico da pessoa. A diretriz básica é o controle de todos os sintomas, quer sejam físicos, psicológicos ou outros. Nesse sentido a psicologia tem um papel imprescindível no alívio ao sofrimento.

Bowlby (2004) refere-se a dor como uma sombra que acarreta as pessoas que estão passando por um processo longo de internação e finitude e juntamente com eles estão seus familiares.

De acordo com Guimarães (2009) depressão e a ansiedade têm ligação e ocorrência de associação com as doenças crônicas. São as mais recorrentes em todos os casos de luto e

internação clínica. Deve-se estar de olho nos sinais e sintomas manifestos pelos pacientes e igualmente seus familiares para que não se torne patológico.

Melo, Valero e Menezes (2013) ressaltam que existem duas intervenções feitas pelos psicólogos que são universalmente aceitas: o apoio e o não abandono. Assim, promovendo uma compreensão dos fenômenos intrínsecos das relações, como as reações do paciente, orientar familiares e profissionais, a escuta de várias pessoas da mesma família, a atuação promovendo a humanização hospitalar. Nesse contexto cita as intervenções desenvolvidas pelo psicólogo: paciente, equipe, enfatizar a habilidade de enfrentamento trabalhando as mesmas, a elaboração da informação sobre seu estado de saúde, e manejar a aproximação sócio familiar.

Sendo assim, toda a equipe multiprofissional que atua dentro do âmbito hospitalar tem seu papel de importância, mas o psicólogo hospitalar transita entre essa equipe como um mediador, tendo em vista os possíveis conflitos que podem vir a ser gerados entre a família, a equipe médica e o paciente. Em toda sua atuação o psicólogo deve estar apto a auxiliar em todos os contextos que envolvam o paciente internado.

3 METODOLOGIA

O artigo apresenta o resultado de uma pesquisa bibliográfica exploratória em artigos científicos, livros digitais e físicos que explanam sobre a temática do luto antecipatório. Para tal, foram utilizados artigos científicos das seguintes fontes: *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*, *Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia)*, *e-Google acadêmico*, com publicações emitidas nos últimos quinze anos. Utilizou-se dos seguintes descritores: luto antecipatório, luto, cuidados paliativos, doenças crônicas, velhice, câncer terminal, doenças terminais.

A análise de dados pautou em uma abordagem qualitativa, na qual não houve uma quantificação dos dados, sendo que se analisou os conteúdos através da técnica de análise de conteúdo.

4 DISCUSSÃO DOS DADOS

O luto é um processo lento e doloroso de perda, consciente, e é considerado um processo natural no auxílio da elaboração da perda, não se caracterizando como doença e não

se deve interrompê-lo (CAVALCANTI; SAMCZUK; BONFIM, 2013). Para que o luto seja considerado normal, que acontece quando a pessoa já faleceu, é necessário que se respeite um limite de tempo mínimo de um a dois anos compreendendo a oportunidade de vivenciar todo um calendário anual sem a presença da pessoa falecida. O luto patológico, segundo Alves (2014), pode se manifestar tanto pela intensidade quanto pela ausência de qualquer sintoma.

Os sintomas de um luto patológico podem se deferir de acordo com Manfrinato (2011) como: depressão, euforia excessiva, falta de sentimentos ou reações, confusão, diminuição da percepção de si como uma despersonalização, entre outros. O luto patológico seria então uma complicação do luto normal o que levaria o enlutado a não resolução do processo (SANTOS; YAMAMOTO; CUSTÓDIO, 2017).

O psiquiatra alemão Erich Lindemann no período da Segunda Guerra Mundial elaborou um conceito chamado luto antecipatório. Ele observava as esposas dos soldados, que ao retornarem da guerra com vida, sofriam uma determinada exclusão por parte da família. Isso porque quando esses soldados iam aos campos de batalha suas esposas já entravam em um processo de elaboração, como se seus maridos já tivessem realmente morrido. Elas aceitavam a morte antes de ela acontecer, esse processo se desenvolve quando há risco eminente de morte ou separação (ONDERE; LISBOA, 2017).

Kovács (2008) descreve o luto antecipatório como um processo que ocorre com a pessoa viva, mas é sentida sua perda. Tende a ocorrer em casos de doenças graves ou que houve um período longo de tratamento. A pessoa ainda não morreu, mas quem está ao seu lado sente a necessidade de elaborar essa perda com ela ainda viva e esse processo é uma via de mão dupla, pois tanto a família, quanto o paciente precisam elaborar o luto antes da morte eminente. Aos poucos o paciente vai eliminando as visitas de pessoas que considera, no momento, dispensáveis e vai reduzindo até que reste apenas um integrante, essa é a forma que o paciente usa para se despedir e desapegar das pessoas que gosta.

Para Kübler-Ross (1996), os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação e esses se assemelham aos estágios vividos no luto com a morte. O primeiro é o da negação e isolamento, o segundo o da raiva, o terceiro a barganha, o quarto a depressão, o quinto o da aceitação. O que o difere do luto pós-morte é que o luto antecipatório se baseia no estabelecimento do vínculo entre paciente e o familiar para que se entenda melhor o processo de rompimento ou esgarçamento dos laços afetivos (CARDOSO; SANTOS, 2013).

Segundo Correia (2014), o luto antecipatório reporta-se as emoções particulares vivenciadas pelo cuidador na fase terminal como: a ansiedade de separação, a solidão

existencial, a negação, a tristeza, o desapontamento, a raiva, o ressentimento, a culpa, a exaustão e o desespero. O cuidador tende a ver seu ente querido se despersonalizando e perdendo a intimidade com a família, estas são situações dolorosas, como ver diariamente as perdas do doente. O desgaste, a frustração decorrente da impotência vivenciada perante: O que fazer, e quando vai ser? O tempo prolongado para a finitude é um dos principais inimigos, pois vai debilitando gradativamente a resistência dos envolvidos (SILVA, 2003).

A parte mais crítica da terminalidade é a resignificação de si mesmo, feito pelo paciente no fim da vida, que significa apagar a visão da pessoa que era e desenvolver novas concepções de si próprio o que inclui as mudanças físicas, cognitivas, emocionais, e as restrições que a doença lhe ocasiona. Nos últimos dias de vida o relacionamento paciente e família pode ir, de o mais afetuoso ao distanciamento e hostilidade, pois aqui, há certeza de que o fim é real e que não existe salvação (SANTOS; YAMAMOTO; CUSTÓDIO, 2017).

Kübler-Ross (1996) explica que a família do paciente em fase terminal deve ser levada devidamente em conta, pois assim o paciente será ajudado com eficácia. Pode haver mudanças dramáticas na atmosfera familiar, onde o parceiro ou parceira pode sentir-se sozinho(o) e sobrecarregado(o) com os afazeres. Surge então a solidão e o ressentimento. A esperada ajuda de familiares e amigos pode não ocorrer de forma imediata, ou ocorre de forma inaceitável, haverá vizinhos que só estão interessados nas últimas notícias e haverá aquele que servirá para aliviar a tensão ou ajudar nos deveres corriqueiros. É necessária sensibilidade para com este familiar.

A família que acompanha um ente querido em fase terminal sofre tanto quanto o próprio paciente. O medo da morte traz desconforto, angústia, tristeza e a realidade que aos poucos tem que encarar. Diante da perda anunciada à família se desorganiza, grita, chora, realiza uma descarga corporal de forma subjetiva. A ausência é fator de maior sofrimento para os familiares e nesse momento a família deve contar com o auxílio da equipe de saúde. O psicólogo entra nesse contexto com as mãos vazias de instrumentos e apenas com o dom da palavra e da escuta treinada, com intuito de amparar essa família aliviando a angústia, tirando dúvidas, apoiando com questões emocionais, acolhimento e ajudando na despedida do ente querido para que assim se evite um luto patológico/complicado (MACHADO, 2015).

Entre o diagnóstico de morte e a morte efetiva do paciente a família passa por algumas perdas como a saúde, afastamento da rotina cotidiana, perda do senso de controle e segurança, e tomar determinadas decisões (MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017). Quando o paciente passa pelo processo de diagnóstico de morte ou internação prolongada com risco

de morte, a família e o paciente enfrentam verdadeiras mudanças, podendo apresentar conflitos não resolvidos. Nesse momento o psicólogo é de extrema importância atuando como mediador de determinada situação, para que não haja maior prejuízo ao paciente e suas relações afetivas (SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011).

É função do psicólogo hospitalar, segundo Ferreira e Mendes (2013), acompanhar e adaptar as visitas ao paciente. Preparando a família para a entrada, explicando as regras, estimular essas visitas, o contato com o paciente e observando, avaliando as condições desse familiar para continuar inserido naquele contexto. O psicólogo deve também acompanhar o prontuário do paciente onde constam as informações médicas relacionadas à compreensão dos familiares junto a realidade do quadro clínico. Simonetti (2018) acrescenta que o psicólogo deve ser orientado pelo desejo de vida do paciente e não a possibilidade de vida, a possibilidade de manutenção de esperança e integração da equipe, família e paciente.

Hayasida *et al.* (2014) apontam que a intervenção terapêutica pode cooperar de maneira estrutural e funcional nos cuidados fornecidos aos pacientes e familiares auxiliando-os a verem a morte com outras perspectivas. De maneira clara Martinho, Pilha e Sapeta (2015) explicam que os cuidados reservados as pessoas com eminência de morte são executados de forma multiprofissional. O objetivo desses cuidados é garantir aos pacientes e seus familiares bem-estar, a diretriz básica é o controle de todos os sintomas, quer sejam físicos, psicológicos ou outros.

A depressão e a ansiedade têm ligação e ocorrência de associação com as doenças crônicas. São as mais recorrentes em todos os casos de luto e internação clínica. Devem-se monitorar os sinais e sintomas manifestos pelos pacientes e igualmente seus familiares (GUIMARÃES, 2009). Bowlby (1982) completa referindo-se a dor como uma sombra que acarreta as pessoas que estão passando por um processo longo de internação e finitude e juntamente com eles estão seus familiares.

Melo, Valero e Menezes (2013) ressaltam que existem duas intervenções feitas pelos psicólogos que são universalmente aceitas: o apoio e o não abandono. Assim, promovendo uma compreensão dos fenômenos particulares das relações, como as reações do paciente, orientar familiares e profissionais, a escuta de várias pessoas da mesma família, a atuação promovendo a humanização hospitalar. O psicólogo deve dar atenção especial à tríade: paciente, equipe e família, enfatizar a habilidade de enfrentamento e aproximação familiar.

Por isso as intervenções psicológicas realizadas durante o processo de luto antecipatório desde o diagnóstico até a finitude podem prevenir problema no luto pós-morte.

Pois nesse período, não se vivencia apenas um luto antecipatório, o familiar pode enlutar-se pela perda do ente saudável, estilo de vida, as atividades executadas na vida saudável, sonhos do futuro, projetos e planos não executados, a volta de lutos já vivenciados anteriormente, ou seja, o familiar precisa enfrentar tudo que lhes foi tirado pela doença. Precisar-se-á ser feito um esforço enorme para que afaste esses pensamentos de sua mente para demonstrar-se forte para o paciente (FONSECA, 2012).

Kovács (2008) complementa relatando que ver a degeneração física ou psíquica de um ente querido pode gerar na pessoa do cuidador o desejo de que o paciente morra para aliviar o sofrimento de ambos, o que gera culpa.

O psicólogo deve estar atento ao discurso do familiar enlutado, pontuando onde ele coloca algo a mais ou a menos em suas falas, em comparação com aquilo que realmente está acontecendo (SILVA, 2003).

De acordo com Worden (1998), o papel do psicólogo é ajudar o enlutado a falar sobre a perda eminente e as circunstâncias que a envolvem, identificando e expressando os sentimentos como preparatório para a vida sem a pessoa que está por morrer e assim, tomar decisões independentes. Outro ponto é ajudar o enlutado a identificar o momento certo para afastar-se entendendo o seu jeito de enfrentamento, e identificar no enlutado, mecanismos de defesa problemáticos e auxiliá-los terapêuticamente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância do tema abordado reside na necessidade de discutir o assunto. O psicólogo pode ajudar o paciente terminal e seus familiares a elaborar os sentimentos decorrentes do diagnóstico de morte. Além disso, considera-se este um tema pouco divulgado e pouco apontado nos direitos dos pacientes. Ao término desta investigação percebeu-se que ele é importante, pois atua na escuta profissional da família e do paciente terminal, na decifração de respostas do paciente aos familiares, que a tarefa principal do psicólogo é o acolhimento, humanização e que o método utilizado é a escuta e a fala que conduz o paciente e a família a novas percepções e sensações.

O paciente que recebe o diagnóstico de morte é considerado o centro das atenções pelo sofrimento e dificuldades enfrentadas durante o processo de finitude, mas esquece-se que por traz desse paciente está sua família que é sujeito ativo nesse processo. O familiar fica exposto a um misto de sentimentos e lamentações, surgindo então conflitos não resolvidos, culpas,

sentimento de impotência, revolta, raiva, descrença, cansaço, exaustão, etc. sentimentos esses que podem desencadear sintomas e sinais de psicopatologias originais de depressão, ansiedade.

De acordo com as pesquisas esse processo é mais bem elaborado tanto pelo familiar, quanto pelo paciente com ajuda de uma equipe multiprofissional, que conte com um psicólogo preparado para tal função. Entendendo que ao ajudar o familiar ajuda-se também o paciente, prevenindo assim, um luto complicado pós-morte, e o abandono aos pacientes.

Pelo exposto, a pesquisa enfrentou dificuldades em encontrar literaturas e artigos relacionados ao luto antecipatório. Diante de tais fatos evidencia-se a necessidade que a comunidade acadêmica dê mais ênfase aos cuidados a familiares e pacientes no luto antecipatório, pois um maior aprofundamento do processo poderia contribuir em campanhas educativas quanto ao aperfeiçoamento das abordagens terapêuticas destinadas a esses pacientes, tanto pelo psicólogo quanto pela equipe médica.

Para maior compreensão e para esclarecimento científico sugere-se novos estudos envolvendo o tema luto antecipatório, podendo ser como pesquisa de campo ou não, para que o estudo seja de campo é necessária a compreensão de que é uma temática delicada e que se deve ter sensibilidade, preparação e tempo prolongado para trabalhar com este público. Novos estudos servirão de inspiração e esclarecimento para pessoas que talvez estejam passando por essa situação, ou para profissionais que queiram trabalhar na área hospitalar com ênfase em terminalidade.

6 REFERÊNCIAS

ALVES, T. M. **Formação para Indicadores Para a Psicopatologia do Luto**. Teses e Dissertações – Biblioteca Digital USP. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-24022015-112852/pt-br.php>>. Acesso em: 19 set. 2018.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

CARDOSO, É. A. O.; SANTOS, M. A. Luto antecipatório em pacientes com indicação para o Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 18, n. 9. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 out. 2018.

CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicólogo Informação**. v. 17, n. 17, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid>

=S1415-88092013000200007>. Acesso em: 20 set. 2018.

CORREIA, M. A. O. Luto Antecipatório na doença oncológica: estudo exploratório com o Marwit-MeuserCaregiverGriefInventory. **Psicologia e de Ciências da Educação**. 2014. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/43578200.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

FERREIRA, P. D.; MENDES, T. N. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Revista da SBPH**. v. 16. n. 1. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006>. Acesso em: 19 out. 2018.

FONSECA, J. P. **Luto antecipatório: (as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada)**. 1. ed. São Paulo: Polobooks, 2012.

GUIMARÃES, R. D. **Manual de cuidados paliativos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

HAYASIDA, N. M. A. et al. Morte e luto: competências dos profissionais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. v. 1. n. 2. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1808-5687201400020000>>. Acesso em: 19 out. 2018.

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

MACHADO, É. O luto no contexto hospitalar. **O portal dos Psicólogos**. 2015. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0878.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

MANFRINATO, M. G. Psicologia e DSM. **4 Estações Instituto de Psicologia**. Monografia – Conclusão de Curso. p. 12, 2011. Disponível em: <http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/psicologia_e_dsm.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

MARTINHO, A. R.; PILHA, L.; SAPETA, P. Competências do psicólogo em cuidados paliativos. **Reserach Gate**, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/311104391_Competencias_do_psicologo_em_cuidados_paliativos_Skills_of_psychologists_in_palliative_care_Doutorada_em_Enfermagem_e_Mestre_em_Sociologia_Coordenadora_do_mestrado_em_cuidados_paliativos_da_ESALD-IPCB>. Acesso em: 19 out. 2018.

MELO, A. C.; VALERO, F. F.; MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, Saúde e Doenças**. v. 14. n. 3. Itajaí, 2013 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300007>. Acesso em: 19 out. 2018.

MONTEIRO, M. C.; MAGALHÃES, A. S.; MACHADO, R. N. A morte em Cena na UTI: A Família Diante da Terminalidade. **Temas em Psicologia**. v. 25. n. 3. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v25n3/2358-1883-tpsy-25-03-1285.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

KLÜBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o Morrer**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ONDERE, J. N.; LISBOA, C. S. M. Doenças associadas ao luto antecipatório: Uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**. v. 18, n. 2. p. 308-321, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n2/v18n2a03.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

SANTOS, R. C. S; YAMAMOTO, Y. M.; CUSTÓDIO, L. M. G. Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. **O portal dos psicólogos**.2017. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1161.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

SCHMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia**. v. 21. n. 50. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/15.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

SILVA, A. L. P. O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar. **Interação em Psicologia**. v. 7. n. 1. 2003. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/3204/2566>>. Acesso em: 19 out. 2018.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar o mapa da doença**. 8. ed. Belo Horizonte: Artesã, 2018.

WORDEN, J. W. **Terapia do Luto, um manual para o profissional da saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Roca, 1998.

Recebido para publicação em agosto de 2020.
Aprovado para publicação em outubro de 2020.