

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

ANA FLÁVIA RIBEIRO DE ANDRADE

CYNTHIA DIANA RIBEIRO

O PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR: O MANEJO DO LUTO
ANTECIPATÓRIO COM FAMILIARES DE PACIENTES COM PROGNÓSTICO
RESERVADO

POUSO ALEGRE-MG

2023

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

ANA FLÁVIA RIBEIRO DE ANDRADE

CYNTHIA DIANA RIBEIRO

O PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR: O MANEJO DO LUTO
ANTECIPATÓRIO COM FAMILIARES DE PACIENTES COM PROGNÓSTICO
RESERVADO

Monografia apresentada para aprovação no curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Médicas Doutos José Garcia Coutinho, da Universidade do Vale do Sapucaí; orientado pelo Prof. Dr. Victor Hugo Sampaio Alves

POUSO ALEGRE-MG

2023

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca

Andrade, Ana Flávia Ribeiro de.

O psicólogo no contexto hospitalar: o manejo do luto antecipatório com familiares de pacientes com prognóstico reservado/ Ana Flávia Ribeiro de Andrade; Cynthia Diana Ribeiro – Pouso Alegre: Univás, 2023.

102f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) -. Universidade do Vale do Sapucaí, 2023.

Orientador: Victor Hugo Sampaio Alves

1. Psicologia Hospitalar. 2. Enlutamento. 3. Terminalidade. I. Cynthia Diana Ribeiro. II. Título.

CDD – 158

Bibliotecária responsável: Michelle Ferreira Corrêa

CRB 6-3538

ANA FLÁVIA RIBEIRO DE ANDRADE
CYNTHIA DIANA RIBEIRO

O PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR: O MANEJO DO LUTO
ANTECIPATÓRIO COM FAMILIARES DE PACIENTES COM PROGNÓSTICO
RESERVADO

Monografia apresentada para aprovação no curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Médicas Doutos José Garcia Coutinho, da Universidade do Vale do Sapucaí; orientado pelo Prof. Dr. Victor Hugo Sampaio Alves.

APROVADA EM: ____/____/_____.

Banca Examinadora

Orientador(a): Prof. Dr. Victor Hugo Sampaio Alves

Universidade do Vale do Sapucaí

Examinador(a): Prof. Ms. Viviane Vianna de Andrade Fagundes

Universidade do Vale do Sapucaí

Examinador(a): Prof. Dr. Fábio Rezeck

Universidade do Vale do Sapucaí

Em memória de Lariana Paula Pinto, exímia profissional, professora e ser humano, que foi pilar primordial para nossa formação, quem sempre confiou no potencial de cada um de seus alunos, e que é parte do que somos e seremos. Entre um café e outro, a vida seguiu para um caminho onde estamos nos graduando sem a sua presença física, mas com sua memória vívida em nossos corações.

Em memória de Leonardo Ferreira Blanez, um alguém que conhecemos apenas através de histórias de amor, carinho e respeito, mas que seguirá sempre vivo em memória.

AGRADECIMENTOS

A todas as forças espirituais que nos guiaram e fortaleceram nos anos de graduação.

Aos nossos pais, Ana Rosa Andrade e Antônio Andrade, e Elaine Fonseca Ribeiro e Arnaldo Clóvis Ribeiro, que foram nossos maiores apoiadores, pessoas que estiveram ao nosso lado nos momentos mais difíceis dessa caminhada, mesmo quando os obstáculos pareciam maiores que nós mesmas. Nosso mais sincero obrigada por toda força e referência que foram para conosco, pelas vezes que lidaram com nossa ausência e desencontros, e pela forma que calorosamente comemoram o encerramento deste ciclo. Obrigada por terem sido base, colo, carinho e afeto.

Aos nossos entes queridos que faleceram em processo de hospitalização, e que foram de certa forma propulsores para escolha desse tema. Vocês foram lembrados a cada linha deste trabalho.

Aos nossos amigos de graduação, com quem partilhamos os martírios e vitórias, aqueles que por vezes dividiram o peso do medo, das dúvidas e das inseguranças, mas que foram verdadeiros pilares em nossa formação. Em especial, para aquelas que sempre permaneceram ao nosso lado: Ana Carolina Barbosa, Andressa Veiga, Carla Mariano, Caroline Sousa, Isadora Barbosa, Letícia Sousa e Mariana Simeão.

A todas as pessoas que amamos, aos amigos pessoais e aos familiares, que mesmo de longe sempre torceram pelo nosso sucesso, e que hoje também comemoram essa etapa concluída. Vocês foram essenciais!

Aos professores, que marcaram nossa história e nos deixaram valiosos ensinamentos. Um afago especial para Rodrigo Fonseca, Camila Quina e Ana Cristina Figueiredo pessoas que se destacaram nos anos de convivência, que foram professores e apoiadores, nos encantando a cada aula e nos ensinando os verdadeiros princípios de uma psicologia ética. Cada um à sua maneira nos inspiraram e foram referência de profissionais.

A banca examinadora, composta pelo Dr. Fábio Rezeck e pela Ms. Viviane Vianna, com nossa maior gratidão, por aceitarem fazer parte desse momento e partilharem conosco seus valiosos conhecimentos.

Aos participantes desta pesquisa, famílias que tanto contribuíram para nosso aprendizado, e que mesmo em momentos de extrema fragilidade nos receberam com tamanho afincamento e sensibilidade.

Ao professor Dr. Victor Hugo Sampaio Alves, que assumiu o papel como novo orientador desse trabalho, e que apesar de todos os desafios que o tema pode propor, ofereceu suporte, direcionamento e orientação. Agradecemos a forma empática que nos acolheu e entendeu nossas angústias, medos e expectativas frente a entrega desse trabalho, compreendendo toda a carga emocional que esta pesquisa carregou para todos os envolvidos, e que, fazendo uso de suas próprias palavras, nos auxiliou a ter um encerramento digno desse processo tão importante e carregado de múltiplos afetos. Seu apoio e respeito com as nossas escolhas e formas de conduzir esse momento foi fundamental!

Por fim, encerramos essa seção direcionando os agradecimentos a alguém que foi primordial para o desenvolvimento desse trabalho, que abraçou a nossa ideia e nos guiou por todos os desafios que encontramos, um verdadeiro exemplo e referência no que é ser psicólogo e educador, que nos encantou em todas as aulas e reuniões, e que carinhosamente assumiu o posto de ser o melhor professor que já tivemos, o nosso querido professor João Antônio de Oliveira. Certas pessoas estão exatamente onde deveriam estar, seguindo um verdadeiro propósito, e com toda certeza ele é uma dessas pessoas, um profissional e ser humano ímpar, que dedica sua carreira em prol do desenvolvimento de uma psicologia cada vez mais humanizada. Para ele nos resta apenas o nosso mais sincero obrigado por toda paciência, empenho, dedicação e direcionamento, pois sem ele nada disso seria possível. Foi nossa base durante todo esse processo, e se destacou como professor, orientador, psicólogo e nosso maior apoiador. Esperamos que sua trajetória na docência continue e tome novos rumos, que aproveite da virtude que tem ao ensinar, e seus próximos alunos tenham a chance de conhecer a pessoa que conhecemos, que aproveitem cada um dos inúmeros ensinamentos que oferece sobre a psicologia e sobre a vida, que saibam apreciar a dádiva que é aprender com alguém que verdadeiramente ama o que está fazendo. João Antônio nos ensinou para além dos manuais da profissão, ele discorreu sobre valores, índole, ética, lealdade, sobre sermos autênticos e verdadeiros a nós mesmos e defendermos aquilo que acreditamos! Nos mostrou que a psicologia vai para muito além dos moldes tradicionais de um modelo clínico, que é uma profissão baseada na ciência, mas com cuidados e manejos de empatia, acolhimento e cuidado. Certas marcas nunca se apagam, por onde quer que caminhemos, parte dele sempre estará em

nós. Foi sorte tê-lo como professor, e agora tê-lo como colega de profissão, mas é gratificante poder chamá-lo também de amigo e apreciar o presente que é ter alguém como ele por perto.

*Agora está tão longe, vê
A linha do horizonte me distrai
Dos nossos planos é que tenho mais saudade
Quando olhávamos juntos na mesma direção
Aonde está você agora
Além de aqui dentro de mim?*

(Vento Litoral, Legião Urbana)

ANDRADE, A.F.R.de; RIBEIRO, C.D. O Psicólogo no Contexto Hospitalar: O Manejo do Luto Antecipatório com Familiares de Pacientes com Prognóstico Reservado. 2023. 62p. Trabalho de Conclusão de Curso. (Bacharel em Psicologia). Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2023.

RESUMO

O processo de luto antecipatório passa a ser recorrente em casos envolvendo adoecimento e terminalidade, como em casos de pacientes com prognóstico reservado, principalmente no âmbito hospitalar. O presente trabalho visa a atuação do profissional psicólogo hospitalar no manejo do luto antecipatório dos familiares desses pacientes. Com o intuito de analisar a importância do trabalho dessa classe, através de relatos envolvendo o processo de luto antecipatório das famílias. O estudo foi realizado com oito famílias de setores sob dependência de um Hospital localizado na região do Sul de Minas Gerais, a partir da aplicação de entrevistas semiestruturadas, destacando-se o uso de relatos em uma perspectiva de experiência dos participantes. Pensando-se nas questões vividas pela família e em relação a perspectiva de morte iminente, na qual perpassa a necessidade de um profissional de saúde qualificado para auxiliar no alívio da angústia e sofrimento desses familiares.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar, Enlutamento, Terminalidade

ANDRADE, A.F.R.de; RIBEIRO, C.D. O Psicólogo no Contexto Hospitalar: O Manejo do Luto Antecipatório com Familiares de Pacientes com Prognóstico Reservado. 2023. 62p. Trabalho de Conclusão de Curso. (Bacharel em Psicologia). Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2023.

ABSTRACT

The anticipatory grief process becomes relevant in cases of illness and terminality, such as patients with a guarded prognosis, mainly in the hospital context. This work seeks the role of a professional hospital psychologist to handle anticipatory grief with the patient's relatives. In order to analyze the importance of these workers through the families' narratives about anticipatory grief processes. The research was carried out with eight families from sectors under the dependency of a hospital situated in the southern region of Minas Gerais, through the application of half-structured interviews, contrasting with the narratives from the participants' experience perspective. Thinking about the issues experienced by the family and regarding imminent death perspective, in which the need for a qualified health professional to support relief from distress and relatives suffering.

Keywords: Hospital Psychology, Bereavement, Death

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
2. A finitude humana em uma visão sócio-histórica e seu impacto em diferentes ciclos de vida	15
2.1 O luto antecipatório: adoecimento e internação	17
2.2 Sobre a morte e o morrer: o luto do morrente no círculo familiar	23
2.3 A atuação do psicólogo no processo de luto e a elaboração do morrer junto às famílias	27
3. METÓDO	28
3.1 Tipo de estudo	28
3.2 Participantes	29
3.3 PROCEDIMENTOS	29
3.3.1 Instrumentos.....	29
3.3.2 Procedimentos de coleta de dados.....	30
3.3.3 Procedimentos éticos.....	30
4. ANÁLISE E DISCUSSÕES	31
5. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada.....	53
APÊNDICE B – Riscos, Benefícios e Desfechos da Pesquisa.....	54
ANEXO A – Carta de autorização do campo de pesquisa.....	55
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	57
ANEXO C – Parecer do comitê de ética em pesquisa.....	59

INTRODUÇÃO

Em que tange o luto antecipatório e a perspectiva da finitude, a família se vê diante de possíveis conflitos e sofrimento, tanto para a família quanto para o paciente. Além disso, o ambiente hospitalar pode ser fonte de estresse, de tristeza e trazer à tona medos. Deve considerar o cuidado com a família do paciente em fase terminal, pois as reações dos familiares podem influenciar as reações do paciente. E neste momento de conturbações, a família precisa de auxílio da equipe de saúde. Nesse cenário, o Psicólogo entra com objetivo de amparar as famílias, através de escuta qualificada a fim de aliviar a angústia, realizar orientações visando tirar dúvidas, acolher e auxiliar no momento de luto, facilitando rituais de despedida, buscando vivenciar o processo de luto de forma menos prejudicial. (KUBLER-ROSS, 2017; MACHADO, 2014).

O seguinte trabalho apresentado é uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, aplicada em forma de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Destinada aos familiares de pacientes com prognóstico reservado, sendo aplicada nas dependências de um hospital de uma cidade localizada no sul de Minas Gerais.

Tem como principal objetivo validar a necessidade de atuação do profissional psicólogo, frente ao processo de luto antecipatório vivenciado por familiares de pacientes com prognóstico reservado no âmbito hospitalar. Compreende-se que, embora o luto seja uma experiência difícil e desafiadora, é possível transformá-la em uma oportunidade de crescimento e aprendizado, ainda mais tendo em vista que o hospital, na qual a pesquisa foi realizada, está inserido na Rede de Resposta de Urgência e Emergência, reconhecido e classificado como Hospital Polivalente, por prover atenção integral com equidade e eficiência de gestão e acolhimento, dessa forma, o trabalho foi estruturado considerando um cenário de um hospital de altas demandas.

Ao realizar as entrevistas, o presente trabalho buscou analisar como as famílias se sentem frente ao prognóstico reservado dos pacientes, e dessa forma viabilizar a importância da psicologia dentro do contexto hospitalar. Pois, ao haver acompanhamento psicológico qualificado, contribui tanto para o bem-estar do paciente, quanto para o cuidado das famílias, que poderão desempenhar suas funções de maneira menos estressante e mais consciente. (BARRETO et al, 2023).

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram estruturados capítulos que contextualizam o processo de luto com base na literatura. No primeiro capítulo realizamos uma discussão sobre o processo de luto e a visão sócio histórica da morte, fazendo uma alusão aos preceitos da tanatologia, considerando também a compreensão do se enlutar nas diferentes etapas da vida.

No segundo capítulo refletimos sobre o luto antecipatório considerando o contexto de adoecimento e internação, o qual referênciamos este trabalho. No capítulo três trouxemos uma reflexão sobre o processo do morrer e suas implicações no círculo familiar, desta forma é apresentado sobre o processo de luto do morrente, postulado por Kubler-Ross (2017) e William Worden (2013), considerando também a importância dos rituais de despedida para a elaboração do luto dos familiares. Por fim, no capítulo quatro apresentamos considerações sobre a importância da atuação do psicólogo no processo de luto de forma a auxiliar na elaboração do morrer junto às famílias.

1. A finitude humana em uma visão sócio-histórica e seu impacto em diferentes ciclos de vida

A Filosofia, Psicologia, Biologia, Medicina e Sociologia, de acordo com Cunha (2010), são ciências que estiveram ávidas em buscar respostas para diversas questões envolvendo a finitude humana. Em relação à ciência psicológica, procurou-se respostas envolvendo os processos de padecimento e atravessamentos da vida e sua relação com o psiquismo humano. Sendo assim, a morte tornou-se uma temática na qual converge entre a ressignificação e o desconforto (DANTAS; BORGE; DUTRA, 2021),

Ao estudar a morte pela perspectiva cultural e de povos antigos, Kubler-Ross (2017) pode perceber a abominação pelo fenômeno, principalmente quando se dirige à consciência da própria finitude, que é por vezes rejeitada pelo inconsciente. Portanto, a morte teve diversas perspectivas e mudanças culturais no decorrer da história da humanidade, como será visto adiante.

Na Antiguidade não há dados certos relacionados à construção do entendimento da morte. Contudo, estudiosos levaram a crer que a humanidade foi despertada pela inquietude e curiosidade acerca desse fenômeno. Nesse período, as crenças culturais relacionadas à morte e os rituais fúnebres, como as práticas de sepultamento, em que se acreditava que era preciso manter a alma e corpo juntos, se não houvesse esse ritual, a alma do falecido poderia vagar perdida entre os vivos. Além disso, havia o forte costume de enfeitar os túmulos com adornos, como flores, bebidas e frutas, e realizar a construção de altares com cinzas e fogos para reverenciar os deuses idolatrados. Tais costumes e rituais demonstraram a prática religiosa e sagrada do período que trazia o sentimento de refúgio. (DANTAS et al, 2021).

Na idade média, segundo Ariés (2017), dividia-se entre alta idade média e baixa idade média. O período da alta idade média foi marcado pela perspectiva natural, mais pessoal e familiar, em que o indivíduo aguardava a morte em seu leito. Esse ritual manteve-se inalterado até metade do século XIX, em que se acrescentou o elemento do perdão, com intuito de atingir a morte com sentido e descanso eterno.

Para Dantas et al (2021), o período da Sociedade moderna marcou-se a partir do século XIV ao XVI, em que teve como maior característica do período o distanciamento com as práticas cristãs, em que a perspectiva predominante era a da objetificação do ser humano, na qual acreditava-se ser possível estudá-lo e controlá-lo. Desse modo, como dito por Mattedi e Pereira (2007) a ascensão da ciência moderna tornou a morte parte de um processo de uma série de intervenções especializadas, e de um encontro com a racionalidade científica médica e mercantil.

Os costumes envolvendo a morte em leito tiveram significativa mudança, relacionado a dor e sofrimento dos indivíduos próximos ao falecido. Portanto, iniciou-se o hábito de maior cuidado com o lugar onde as pessoas falecidas eram veladas, ou seja, os cemitérios foram planejados, de preferência em lugares arborizados e floridos, para trazerem sentimento de aconchego para seus visitantes e realização de cortejos no local. Por outro lado, o período foi marcado por intensas busca em adiar a finitude, através de estratégias adotadas pelas práticas mercantis do capitalismo. (ARIÉS, 2017).

Entretanto, Mattedi e Pereira (2007) evidenciam a influência da visão de morte da sociedade moderna para a contemporaneidade, evidente nas práticas envolvendo a postergação do fenômeno, se tornando como alvo de necessidade de intervenção especial das organizações. Sendo assim, no cenário atual houve a mudança dos rituais fúnebres, que em grande parte, passaram a ocorrer dentro de hospitais ou residências, em que muitos pacientes terminam em estado de torpor, devido a uso de medicações e outras drogas, conseguinte à procedimentos médicos, e organizados por agências funerárias, de forma higiênica e asséptica. Além disso, esse período impôs um distanciamento acerca da temática morte como um fenômeno social, tratando-o de maneira não pessoal (DANTAS et al, 2021).

Ao se deparar com a morte, Heidegger (2005) em sua obra “Ser e Tempo” retrata que o enfermo passa a evitar fazer uso de termos relacionados a própria morte, e ocorrem manifestações de reações de negação, principalmente aos entes próximos, em que muitas vezes, não são manifestadas publicamente sentimentos como tristeza e pesar. Tal como também apontado por Ariés (2017), em que tais comportamentos frente à morte, como a repulsa, a fuga e estranhamento, designa a morte e finitude humana como um tabu.

Sendo assim, é evidente na população o temor ao se falar ou sequer pensar sobre a própria finitude, entendendo-se tais atitudes levam significados ruins e que ao evitá-la, a morte pode ser controlada. (DANTAS et al, 2021).

Os estudos relacionados ao fenômeno da morte e da tanatologia, teve maior visibilidade no século XX, a partir das guerras mundiais, em que Hermann Feifel, um psicólogo e tanatologista, propôs discussões sobre o tema, envolvendo diversas áreas, como psicologia, sociologia e religião. Além disso, os estudos realizados por Ariés (2017), relacionados a perspectiva da morte em diferentes períodos históricos e os tabus que envolvem a temática. Em vista que a morte é um acontecimento universal e irreversível. (MEIRELLES et al., 2022).

Portanto, ao se falar de morte como um fato inevitável, associa-se o fenômeno com uma ameaça, pois é necessário enfrentar a impotência e a falta de controle, na qual traz sensações de

medo do desconhecido, e aceitação da morte como uma parte do destino de todo ser humano. (SILVA et al., 2013).

Alguns fatores envolvendo a finitude humana, como a idade em que a pessoa morreu, podem gerar impactos diferentes na sociedade. Sendo assim, no que tange acerca do envelhecimento, ocorrem certas construções sociais. Ou seja, é nessa fase que ocorre maior reflexão sobre a própria finitude, apesar da morte se tratar de uma possibilidade em todas as idades. (BARBOSA; MELCHIORI; NEME, 2011)

Pois em decorrência do ciclo natural da vida, a morte passa a ser esperada no momento de idade mais avançada, o que demonstra falta de preparo da sociedade em lidar com o assunto, e demanda preparo dos profissionais para auxiliar em processos de morte em diferentes idades. (VON HOHENDORFF; MELO, 2009).

Em relação à morte na vida adulta, entende-se que nessa faixa etária ocorre uma série de situações, como estabelecimento da carreira, matrimônio, constituição da família, entre outros. Na qual a morte acaba sendo encarada com frustração (VON HOHENDORFF; MELO, 2009). Contudo, autores apontam que a perda na vida adulta ainda pode proporcionar crescimento e fortalecimento, dependendo de como ocorre o processo de luto. (MELO et al., 2004).

Já acerca da perda de uma criança, ocasiona fortes reações, principalmente nas figuras parentais, pois pode ser compreendido como uma situação traumática, em que os laços afetivos são desfeitos, gerando sentimentos como culpa, frustração, onipotência, fracasso e raiva. Tal perda ocasiona mudanças significativas na vida familiar, de status, de desempenho de papéis, mudanças sociais e econômicas. Sendo motivo pela qual a sociedade possui grande dificuldade em vivenciar a morte de uma criança, comparado a outros indivíduos de outros ciclos vitais. Portanto, ocorre a quebra do ciclo natural da vida e desconstrói perspectivas familiares e sociais, em que para a criança não é permitido o direito de crescer. (CANUTO JACINTO et al.; 2018).

1.1 O luto antecipatório: adoecimento e internação

Sales (2010) diz que a temática da morte acaba por ser abordada em processos de adoecimentos e internações, na qual o luto antecipatório perpassa junto ao adoecer. A forma como ocorre uma morte pode influenciar o processo de luto. Em caso de adoecimento, em que pode ocorrer tal processo, as pessoas próximas ao indivíduo têm a oportunidade e um maior tempo de preparação e despedida, como uma característica do processo de luto antecipatório, em que também é possível ajustamento de papéis sociais e familiares, e vivenciar demais

sentimentos envolvendo o luto, que podem se tornar mecanismos de modo a facilitar o luto. Diferentemente de casos em que ocorrem morte súbita, na qual torna o luto mais complexo. (BASSO; WEINER, 2011).

O processo do adoecer foi muito debatido por autores como Kubler-Ross e Saunders, principais autoras que trabalharam o fenômeno da morte, defendendo o cuidado de forma interdisciplinar com o paciente, considerando aspectos biológicos, psicológicos e espirituais, a fim de superar tabus relacionados ao tema. Atualmente, portanto, foca-se sobre a necessidade de trazer mais conforto e diminuir a dor, trazendo maior dignidade e tratando o paciente como um “vivente”, no processo de adoecimento. (SALES, 2010).

Em relação ao que decorre acerca da internação e hospitalização, de acordo com a portaria Nº 2.181, DE 19 DE AGOSTO DE 2020 do Ministério da Saúde (2020), na qual dispõe acerca dos registros de internação nos hospitais, no artigo 1º, parágrafo único:

considera-se internação hospitalar o cuidado prestado ao paciente em local específico dos estabelecimentos de saúde, cuja permanência ultrapasse 24h (vinte e quatro horas) ininterruptas, podendo ser registrada no âmbito dos estabelecimentos de saúde de característica hospitalar ou em qualquer outro estabelecimento que possua leitos de internação. (BRASIL. PORTARIA Nº 2.181, DE 19 DE AGOSTO DE 2020).

Sendo assim, cada paciente possui reações particulares frente a internação. Contudo, envolve questões similares, como o indivíduo ser reconhecido como número do leito, não tendo sua identidade reconhecida, e possíveis constrangimentos que podem vivenciar nesse contexto, por se tratar de um ambiente que pode ser invasivo. (DONELLI, 2017).

Caracterizando-se essa despersonalização do paciente como uma perda secundária, ou seja, a perda de sua identidade, da privacidade, em que o paciente se distancia de suas atividades diárias e do ambiente de identificação. Na qual, tal entendimento desse fenômeno frente ao contexto hospitalar, traz a importância de atuação do profissional da psicologia. (IMANISHI; SILVA, 2016).

Em relação ao luto, de acordo com Worden (2013) pode ser definido, como uma resposta que envolve diversos sentimentos e comportamentos, entendidos como normais diante de uma perda significativa. Esses sentimentos envolvem: tristeza, raiva, culpa e autocensura, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, choque, saudade, libertação, alívio, torpor, sensações físicas e mudanças cognitivas e comportamentais.

Além do mais, Worden (2013) determina quatro tarefas do luto, que o enlutado precisa realizar durante processo de adaptação, sendo:

- 1) Aceitar a realidade da perda: essa tarefa está na aceitação da realidade da morte e de sua irreversibilidade. A execução dessa tarefa torna-se primordial em casos de negação e de tentativas do enlutado de se proteger da realidade diante da perda.
- 2) Processar a dor do luto: essa tarefa diz sobre vivenciar o sofrimento do luto. Na qual inclui vivenciar a dor emocional e física presentes diante de uma perda.
- 3) Ajuste ao mundo sem a pessoa falecida: essa tarefa trata-se dos reajustamentos necessários de serem enfrentados após uma perda, envolvendo três áreas, como os ajustes externos, que dizem sobre encarar o novo ambiente, mas sem a pessoa falecida, sendo necessário desempenhar novos papéis e responsabilidades antes assumidos anteriormente pelo ente falecido. Os ajustes internos, está no reajuste da própria identidade e do self do enlutado. Os ajustes espirituais tratam-se do reajustamento da percepção do mundo da pessoa, na qual muitas vezes, pode desafiar valores religiosos e crenças básicas do enlutado.
- 4) Encontrar conexão duradoura com a pessoa que faleceu em meio ao começo de uma vida nova: essa tarefa está no desenvolvimento de vínculos continuados com a pessoa falecida, de forma que o enlutado consiga se sentir conectado ao ente sem que seja impedido de prosseguir com sua vida, ou seja, de modo que possa existir o sentimento de saudade, mas sem a necessidade de novamente reativar intensamente a representação do falecido, como costuma ocorrer no início do processo de luto.

Além de conhecer as tarefas do luto, é importante compreender a segunda parte do processo de luto, os mediadores do luto. Essa ideia postulada por Worden (2013) aponta que se abordarmos grande número de pessoas enlutadas, perceberemos uma ampla variedade de comportamentos, e mesmo que esses comportamentos reflitam condutas que estão na lista das reações normais do luto, existem diferenças emblemáticas nas reações individuais, para isso, se traz ao destaque os sete mediadores propostos pelo autor:

MEDIADOR 1 - QUEM ERA A PESSOA QUE MORREU: é imprescindível para entender como alguém responderá a uma perda, conhecer algumas coisas sobre aquele que morreu. Nesse ponto, deve-se analisar o parentesco pessoa que morreu com o sobrevivente (o cônjuge, o filho, os pais, o irmão, outro familiar, um amigo ou um amante, entre outros). Compreendido a origem desta relação, pode-se vislumbrar dos impactos deixados por ela, analisando os tipos de vínculos que foram estruturados, o que se refere o segundo mediador.

MEDIADOR 2 - NATUREZA DO VÍNCULO: As tarefas do luto não são mediadas apenas por quem foi a pessoa que morreu, mas também pela natureza do vínculo existente entre o sobrevivente com aquela pessoa. Você deve saber algo sobre os tipos de apegos que podem

ter sido desenvolvidos, bem como a força e a segurança que esta relação desenvolveu. Nesse ponto, também se analisa se existiam conflitos com a pessoa que morreu, já que em relacionamentos conflituosos, há a possibilidade da existência de questões inacabadas, que não foram resolvidas antes da morte. Os relacionamentos também podem ser de origem dependente, o que pode afetar a adaptação da pessoa à morte, em particular os aspectos associados com a tarefa III.

MEDIADOR 3 - COMO A PESSOA MORREU: O modo como a pessoa morreu tem importante impacto na forma como o sobrevivente lida com as várias tarefas do luto. A perda pode se dar por causa natural, acidental, suicídio ou homicídio. Nesse sentido, deve-se considerar onde a morte ocorreu (geograficamente) - se aconteceu próximo àqueles que sobreviveram ou longe - se foi repentina ou inesperada, violentas/traumáticas ou se houve múltiplas perdas.

MEDIADOR 4 - ANTECEDENTES HISTÓRICOS: É importante se a pessoa já enfrentou perdas no passado e como elas foram vivenciadas. O histórico de saúde mental de uma pessoa pode ser importante.

MEDIADOR 5 - VARIÁVEIS DE PERSONALIDADE: a estrutura de personalidade do enlutado deve ser considerada em suas variáveis, como idade e gênero, estilo de enfrentamento (o quão lida bem com a ansiedade e como lida com situações de estresse), estilos de apegos, seu mundo presumido com crenças e valores e outras possíveis variáveis.

Worden (2013) destaca a influência da teoria do apego de Bowlby, e em como os estilos de apego poderão interferir no modo como o sujeito lidará com o luto, em conjunto com as demais variáveis de personalidade do mediador 5. Para Bowlby os estilos de apego começam a ser desenvolvidos no início da vida, durante a infância, e no decorrer da vida pode sofrer transformações, à medida que o sujeito vive seus vínculos em suas relações, portanto os estilos de apego podem passar por evoluções, a partir de relacionamentos e experiências com outras pessoas importantes (DALBEM, DELL'AGLIO; 2005).

Os estilos de apego podem ser classificados em Estilo de apego seguro, apego inseguro, havendo o apego ansioso/ambivalente, ansioso/preocupado e apego evitativo. De acordo com Worden (2013) O estilo de apego seguro se trata daqueles que desenvolveram modelos relacionais e de afeto positivos, a partir de relacionamentos saudáveis, em que suas necessidades foram atendidas. Pessoas com esse estilo de apego, são capazes de lidar com a dor da perda, processando e ressignificando a figura do ente querido falecido, favorecendo a aceitação da realidade da perda.

O estilo de apego inseguro/ambivalente, trata-se da existência conflituosa de sentimentos contraditórios em um mesmo nível de intensidade, havendo uma perspectiva de falta de confiança no outro. Quando ocorre o processo de luto, indivíduos que possuem esse padrão de apego possuem tendência em expressar exageradamente apenas uma emoção, reprimindo sentimentos negativos sobre o ente querido, sendo assim, tornam-se propensos a vivenciar um luto prolongado, devido aos conteúdos ruminativos.

Em relação ao apego/preocupado, há grande inquietação e sensibilidade elevado frente a situações percebidas como negligência. Em uma situação de perda, o sujeito pode ter dificuldades para regular o estresse, podendo estar propensos a vivenciar luto crônico ou prolongado, devido à falta física da pessoa falecida.

Já o apego evitativo, diz a respeito de pessoas que não tiveram suas necessidades atendidas, e desta forma, desenvolvem uma visão de que outras pessoas não são confiáveis. Em um processo de luto, evidenciam pouco sintomas e reações emocionais, porém, acabam estando propensos de vivenciar sintomas psicossomáticos após a perda ou depressivos, de modo a mascarar sentimentos de raiva, utilizando-se do isolamento social como mecanismo de proteção.

MEDIADOR 6 - VARIÁVEIS SOCIAIS: O grau de suporte emocional e social recebido dos outros, tanto dentro quanto fora da família, é significativo no processo de luto.

MEDIADOR 7 - ESTRESSORES CONCORRENTES: Existem fatores de mudanças sobrepostas as crises, como onde as mudanças são inevitáveis e levam a altos níveis de disrupção (perdas secundárias) subsequentes à morte, como crises financeiras.

Já o luto antecipatório, segundo o mesmo autor, pode ser compreendido como um luto que acontece antes da perda real, ou seja, pode ocorrer em situações de antecipação diante a uma predição, e nesse período o indivíduo começa a experienciar reações do luto. (WORDEN, 2013).

O termo luto antecipatório surgiu com a observação do psicólogo e psiquiatra Erich Lindemann, que baseou seus estudos relacionado à saúde mental e perdas, durante a década de 30, em que percebeu reações de enlutamento de esposas de soldados de guerra, em que tal comportamento tinha função adaptativa, que experienciaram uma gama de sentimentos comuns ao luto, como forma de proteção frente à possibilidade de morte de seus maridos. (FLACH, 2012).

Para outros autores, como Kubler-Ross (2017), o luto antecipatório é entendido como um processo de preparar o paciente para sua terminalidade, na qual envolve questões de ordem emocional, física e espiritual. Para Franco (2008), há a construção de sentido como uma

compreensão do luto antecipatório, já que desde o início do adoecimento, permite elaborar o luto.

Além disso, o luto antecipatório pode ser caracterizado como um processo dinâmico, não-linear e ímpar, em que apresenta reações como choque, negação, ansiedade, procura, desorganização, desespero, recuperação e reorganização. (BASTOS, 2019).

O luto antecipatório pode facilitar o processo de luto normal, pois possibilita a família vivenciar e aceitar o adoecimento do ente querido e organizar seu repertório de enfrentamento diante da perda iminente, contudo, não elimina a existência do impacto perante a morte. (FONSECA, 2012).

Worden (2013) apresenta uma ideia onde discorre que no processo de antecipação da morte, o familiar vivencia diversas respostas do luto e início das tarefas. Em relação ao que é chamado de tarefa I, o trabalho de entendimento e aceitação de que em breve um ente querido irá morrer começa cedo, sendo essa tarefa a mais facilmente trabalhada no processo de luto, porém, pode envolver processo de negação, mesmo diante da inevitabilidade da morte.

Na tarefa II, perante uma perda antecipada, o autor pode verificar que dentre as reações emocionais comuns ao luto, a mais comum é a ansiedade exacerbada, na qual dependerá dos mediadores envolvidos, como os aspectos descritos no mediador 1. Referente a tarefa III, Worden (2013) descreve como “ensaio de papel” o fenômeno na qual o indivíduo realiza o trabalho de se preocupar e de examinar situações em que em um futuro o ente querido não esteja mais presente, sendo de grande importância frente ao enfrentamento da situação de perda iminente, na qual envolve aspectos do mediador 3, como papéis exercidos pelo ente querido e o vínculo do morrente com o familiar.

Já de acordo com Franco (2008), nesse processo, a família de um paciente que está adoecido vivencia esse luto de forma particular, na qual designa três fases, sendo: a de crise, a crônica e a final.

A fase de crise começa pouco antes do diagnóstico, em que é feita uma interpretação através das percepções dos sintomas pelos familiares, em que se funda em suas crenças e forma de compreensão. No momento da fase crônica, há o desafio de continuar a vida normalmente, mas em condições inabituais, na qual na rotina podem ocorrer mudanças em consequência de crises agudas, na qual precisam ser aceitas pelo círculo familiar. Nesse período podem ocorrer sentimento de perda de antiga identidade da pessoa adoecida, além da busca de balancear as necessidades do sujeito e do cuidado que o círculo familiar demanda.

Partindo dessa premissa, na fase final, em que a morte se torna inevitável, é perceptível a dificuldade da família em relação a separação e o luto, de maiores oportunidades de despedida,

de resolver questões pendentes, do paciente poder se expressar. Fica evidente o presente ajustamento emocional da família.

Portanto, ao se entender como um fenômeno idiossincrático e multideterminado, que sofre influência de fatores psicológicos: embarca-se a relação com paciente, com o enlutado e suas particularidades, fatores do adoecer e de como a morte será enfrentada. De Fatores sociais: como o que se tem de conhecimento da doença, experiência com a doença, as singularidades do círculo familiar, e aspectos socioeconômicos e do ambiente. E dos fatores fisiológicos: relacionados à condição física do indivíduo em processo de luto. (BASTOS, 2019).

Por conseguinte, o momento de internação faz com o que o paciente e familiares suportem perdas, que geram sentimentos de sofrimento e pesar devido à impedância de morte, trazendo à experiência de luto antecipatório. Durante esse processo, mesmo com longos períodos de cuidados, a perda da pessoa em adoecimento já começa a ser sentida, na qual demanda elaboração, tanto para o paciente quanto para os familiares envolvidos. Já que gera diversos sentimentos, envolvendo sofrimento, alívio e depois sentimento de culpa por não conseguir tratar o paciente e assim, evitar sua morte, e sensação de vazio devido ao tempo dedicado. Contudo, alguns desses sentimentos podem ser conscientes, enquanto outros prevalecem no inconsciente. (FLACH et al., 2012).

Portanto, a fim de manejar intervenções eficazes e auxiliar os sujeitos em processo de luto antecipatório, torna-se de importante relevância o entendimento do funcionamento dos mediadores e das tarefas, no luto antecipatório. Com intuito da atuação do profissional psicólogo junto aos sujeitos envolvidos, de modo a proporcionar oportunidades de resolução de possíveis conflitos e a auxiliar na rede de apoio. (MARQUES, 2015).

1.2 Sobre a morte e o morrer: o luto do morrente no círculo familiar

Considerando o contexto de internações, o início do processo de luto na família pode ocorrer antes mesmo do falecimento do paciente e é composto por etapas que podem variar de acordo com a pessoa e o contexto. O fim-dar-se da vida acontece em perspectivas opostas, a de quem despede-se do plano terreno, e o de quem fica e lidará com as circunstâncias da partida do ente querido, por isso é necessário estabelecer uma comunicação clara e empática entre a família, paciente e equipe médica, para que a situação seja conduzida de forma saudável e compreensiva. Kubler-Ross (2017) postula nesse contexto o luto do morrente como um momento que o indivíduo pode vivenciar um processo de finitude chamado "processo de morte e morrer", que foi descrito em cinco estágios: 1) negação e isolamento; 2) raiva; 3) barganha;

4) depressão e 5) aceitação. Esses estágios não são lineares, e podem se alternar, misturar ou serem vividos ao mesmo tempo, e suas devidas elaborações estão relacionadas com a forma que se constituem os vínculos familiares na finitude.

De acordo com as pesquisas realizadas por Kubler-Ross (2017), foi observado que o primeiro estágio da reação à morte, denominado negação e isolamento, está relacionado à incapacidade do ser humano de aceitar o fim de sua própria existência. Quando confrontados com um diagnóstico de doença irreversível, muitos pacientes reagem com frases que negam sua realidade. A autora pontua que a negação é vista como uma defesa temporária que age como uma “proteção” após receber notícias inesperadas, permitindo ao paciente se recuperar com o tempo.

No estágio de raiva, de acordo com a autora, o paciente não aceita a situação em que se encontra e se pergunta "por que eu?". Nessa fase, a negação já não pode mais ser mantida. É comum que a raiva seja direcionada às pessoas ao redor do paciente, incluindo médicos que não diagnosticaram a doença a tempo, familiares, pessoas saudáveis, entre outros. Essa fase pode envolver sentimento de revolta e ressentimento, além de reflexões sobre como poderia ter vivido a vida de outra forma e lidar com assuntos inacabados e palavras não ditas. (KÜBLER-ROSS, 2017). Oferecer acolhimento para a família nesse estágio é fundamental, considerando que a atitude do paciente pode tender a afastá-los, causando maior sofrimento para aqueles que já sentem por seu ente estar adoentado. É importante não destituir o paciente de sua voz ativa, ou seja, é fundamental que ela ainda desenvolva um papel de autonomia e independência de forma a fazer com que ele se sinta responsável pelo seu corpo e pelas decisões. (BIFULCO, 2006).

O estágio da barganha, postulado pela autora como o terceiro estágio, é uma fase comum do processo de luto, onde o paciente busca negociar com Deus, a família e médicos para prolongar a vida. Geralmente, nessa fase, o paciente começa a refletir sobre a sua vida e a forma como viveu até o momento, e começa a fazer promessas e oferecer compromissos para prolongar a vida. É o estágio menos conhecido e geralmente o que ocorre em um prazo curto. Nesses casos o paciente sempre jura não pedir outro adiamento caso seu pedido seja alcançado, como se fosse uma espécie de acordo ou negociação entre vida e morte. (KÜBLER-ROSS, 2017).

A depressão é o quarto estágio, no qual o agravamento da doença se faz presente e a mesma não pode ser negada. Nessa fase, o paciente pode sentir um grande peso emocional físico, e pode experimentar sentimentos de tristeza, desesperança, desamparo e desespero. Nessa fase, o paciente pode sentir um grande peso emocional e físico, e pode experimentar

sentimentos de tristeza, desesperança, desamparo e desespero. Castro (2001) destaca que em relação a essas decisões, é importante considerar:

Respeitar a autonomia do paciente, portanto, é reconhecer que suas decisões são unicamente suas, mesmo que não de acordo com aquelas tidas como adequadas em uma determinada situação. Reconhecer, ainda, que o direito e a capacidade do paciente de decidir por si mesmo está de acordo com seus valores, crenças e principalmente plano de vida. (CASTRO, 2001, p. 8).

Por fim, Kubler-Ross (2017) apresenta que o quinto estágio, reflete sobre a superação de temores e angústias, caracterizado como aceitação. Nesse estágio, o paciente pode reconhecer que tem uma doença crônica ou uma condição de saúde que limita suas atividades, mas ainda assim é capaz de encontrar significado em suas experiências. A aceitação não significa que o paciente não se preocupe mais com sua condição de saúde, mas sim que ele está mais confortável com sua situação e encontrou maneiras de lidar com as mudanças em sua vida. É importante ressaltar que cada pessoa é única e pode ter seu próprio caminho e tempo para chegar a essa fase de tranquilidade e aceitação, ou, em alguns casos, talvez as vivências dessas fases não se concretizem, pois existem pacientes que, apesar dos esforços, não conseguem chegar a um estado de paz e esperança em relação à morte.

É crucial que os familiares sejam informados sobre as manifestações do paciente, para que possam oferecer o suporte necessário e acolhê-lo em suas dificuldades, e também consigam estabelecer um processo de elaboração da perda, considerando que a perda de um membro durante o ciclo de vida familiar pode resultar em diversas consequências, que podem impactar o risco de disfunção decorrente desse evento. Um exemplo prático é se considerarmos um contexto em que um cônjuge falece em uma família com filhos pequenos, o parceiro enfrenta dificuldades, pois precisa lidar com o luto ao mesmo tempo em que continua responsável pelos cuidados com as crianças e pelas obrigações financeiras, e tem de expressar esses sentimentos aos filhos, mas evitando um impacto maior na forma como a criança elabora o luto. (WALSH; MCGOLDRICK, 1998).

A forma como as pessoas lidam com a morte pode variar dependendo vínculo estruturado com a pessoa que está morrendo, do papel que desempenham na família, de suas crenças sobre a morte e do tipo de morte, se é súbita ou prolongada. Nesse sentido, processo de luto pode ser visto como uma fase de reorganização de ideias, concepções e crenças, com o objetivo de ressignificar a morte tanto para o paciente quanto para a família. Ainda mais, está relacionada aos aspectos da vida do indivíduo, que estão relacionados à própria essência do ser humano e sua história de vida. (FERNANDES et al, 2013).

Discorrido sobre o processo de luto para o morrente, temos também rituais de despedida que podem ser desenvolvidos pelos familiares para com os pacientes, os chamados ritos de passagem (processo de despedida dos familiares e pacientes em iminência de morte). A literatura não define unicamente ao que se refere um ritual de despedida, uma vez que é uma concepção cultural, e parte de práticas sócio-históricas. De uma forma geral, autores como Bowen (1998), Imber-Black (1998) Walsh e McGoldrick (1998) citados por Lisbôa e Crepaldi (2003) falam de rituais funerários, mas todos parecem estar se referindo aos momentos posteriores à morte concreta, desconsiderando a importância de rituais de carinho diante da proximidade da morte e da perda de pessoas que morrem em hospitais, e acabam por focar muito em considerar rituais de luto, rituais funerários, rituais de elaboração ou rituais terapêuticos. Porém, Friedman (1995) Apud Lisbôa e Crepaldi (2003) já havia pressuposto a importância de se envolver e intervir numa família nos momentos anteriores e posteriores aos rituais, o que pode ser descrito como ritos de passagem.

Um estudo realizado por Schmidt, Gabarra e Gonçalves (2011), destacou que:

Os resultados observados, com base na intervenção psicológica realizada no período de hospitalização em sua totalidade e, especialmente, no ritual de despedida efetuado nos últimos dias de vida do enfermo, apontaram mudanças qualitativas a partir do trabalho do serviço de psicologia, conforme relatos daqueles envolvidos no processo. No entanto, apesar dos resultados positivos observados no trabalho desenvolvido, novas pesquisas precisam ser realizadas, a fim de que se investigue mais profundamente o impacto da realização do ritual de despedida no enfrentamento e na aceitação da morte, bem como na elaboração do luto após a perda do familiar. (SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011).

Um estudo realizado por Lisbôa e Crepaldi (2003) com familiares de pacientes portadores de doenças crônicas em estágio avançado, internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, revelou que o modo como os familiares se despedem de seus entes queridos é abrangente e variado, destacando uma importante iminência de gestos e atitudes como um fator crucial na despedida. Práticas religiosas também estiveram presentes neste processo, as autoras citam que em alguns casos, apareceu a necessidade de, aparentemente, "liberar" ou "autorizar" o paciente para "se desprender", "partir", algumas vezes também através de orações, quando os familiares pediam pela cessação do sofrimento do paciente.

Durante o ritual, os pacientes utilizaram comunicações verbais e não-verbais, fizeram pedidos de perdão e agradecimentos, expressaram a necessidade de saber sobre o bem-estar de seus entes queridos que ficariam, e procuraram se sentir acompanhados pela família. Esse ponto vai de encontro com os estudos realizados por Lisbôa e Crepaldi (2003), que constataram que

pacientes em fase terminal têm essa necessidade de resolver assuntos pendentes com pessoas significativas em suas vidas, providenciar cuidados para os entes queridos e se despedir. Os pacientes também expressam preocupações em relação ao futuro, aos cuidados dos filhos e a questões não resolvidas.

Lisbôa e Crepaldi (2003) postulam ainda sobre os efeitos da orientação psicológica para a realização do ritual de despedida, e consideram que estes apareceram como um fator bastante relevante com relação ao melhor enfrentamento da morte, reforçando a ideia fundamental de oferecer apoio e incentivar que os familiares expressem seus sentimentos, como forma de prevenir um luto complicado.

1.3 A atuação do psicólogo no processo de luto e a elaboração do morrer junto às famílias

Embora a morte seja um evento universal, sua interpretação e a forma como é enfrentada variam de forma cultural. Em casos de pacientes com prognóstico reservado, há uma tendência crescente de mortes ocorrerem em ambientes hospitalares, destacando a importância de os profissionais de saúde, incluindo os psicólogos, estarem preparados para auxiliar as famílias nesse momento tão significativo da vida. As condições emocionais do paciente e dos participantes envolvidos nesse processo sofrem profundas alterações, dessa forma, o suporte psicológico se faz fundamental neste momento, não apenas para facilitar uma boa comunicação e aceitação do processo de morte, mas também para proporcionar qualidade de vida ao paciente que enfrenta a doença. Para Ribeiro (2008, p. 109), "a dificuldade do ser humano em geral... em lidar com a morte pode ser trabalhada e melhorada. Com isso, pode haver mais qualidade de vida para todos os envolvidos na questão". Ou seja, o trabalho deve ser dirigido prioritariamente ao paciente em busca de qualidade de vida, mas não descartando a necessidade de encaminhar um cuidado para a família e para a equipe envolvida, pois, também a morte é para quem fica.

Torres (1999) afirma que "o psicólogo como um profissional que lida essencialmente com relações humanas, tem o compromisso de procurar oferecer condições para que o paciente possa elaborar seu sofrimento através da compreensão, respeito e dignidade" (p. 5). A fim de garantir a eficácia do trabalho, é essencial que o profissional de Psicologia estabeleça um vínculo com o paciente e identifique o conhecimento atual do paciente sobre sua doença e situação real, bem como suas expectativas em relação ao tratamento. Ao compreender a relação do paciente com os eventos que levaram à sua condição, o psicólogo pode ajudar a trazer clareza aos sentimentos que emergem durante o processo de tratamento, incluindo dúvidas e incertezas.

O mesmo se repete com a família, à medida que esse vínculo se fortalece, o profissional consegue analisar como se estrutura o entendimento da família acerca do prognóstico do paciente e busca analisar se existem possíveis implicações que podem refletir na forma como o luto será elaborado, ou seja, ele usará dos mediadores descritos por Worden (2013) para compreender os vínculos familiares existentes e sua relação com o processo do luto.

Durante situações de terminalidade e morte em um ambiente hospitalar, o processo psicoterápico deve enfatizar a expressão dos sentimentos, o aumento da qualidade de vida e a facilitação da comunicação. (KOVÁCS, 2016). Segundo estudos apresentados por Schmidt, Gabarra e Gonçalves (2011), tanto a pessoa em processo de terminalidade quanto seus familiares se beneficiam dessas intervenções, o que reduz a probabilidade de desenvolver sintomas psicopatológicos futuros, como depressão e ansiedade, decorrentes de perda ou luto não elaborados.

Para uma prática profissional bem-sucedida do psicólogo em ambiente hospitalar, é fundamental que ocorra uma participação ativa na definição de procedimentos e tratamentos a serem realizados em colaboração com outros profissionais. É imprescindível que haja um diálogo cooperativo e aberto entre os membros da equipe, caracterizado pela objetividade e clareza na proposição e justificativas de procedimentos técnicos relativos a cada especialidade (SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011). Outra prática fundamental discorre sobre a importância da equipe de saúde também se formar como uma espécie de rede de apoio ao paciente e sua família. Segundo Santos Filho, Barros e Gomes (2009) o apoio em saúde pode ser descrito como um arranjo organizacional que busca reorientar o modelo de atenção e gestão. Nesse sentido, o apoiador busca avaliar as práticas suas práticas alinhando-se com políticas de educação permanente e de humanização. Considerando que é pressuposto fundamental do sistema de saúde realizar um trabalho pautado no acolhimento e integralidade dos serviços, os profissionais envolvidos nos cuidados com o paciente e sua família, como por exemplo o psicólogo, devem articular seu serviço nessa direção.

2. METÓDO

2.1 Tipo de estudo

Definido os objetivos e a natureza do fenômeno investigado, o seguinte trabalho se propõe uma pesquisa aplicada de campo, de natureza qualitativa, e conta com aplicação de entrevista semiestruturada, uma vez que uma abordagem qualitativa possibilita estudar os seres humanos em uma perspectiva mais completa com foco na experiência humana.

2.2 Participantes

Num estudo qualitativo, quanto maior o envolvimento dos participantes, melhor será a compreensão das suas vidas e das suas interações sociais. (STREUBERT; CARPENTER, 2002). Após autorizado pela instituição em que a pesquisa foi realizada (ANEXO A), buscou-se selecionar 10 famílias em processo de luto antecipatório, em diferentes setores do hospital que já estejam sendo assistidas por um psicólogo responsável no setor, e que sigam os seguintes critérios de inclusão na pesquisa. Contudo, apenas foi possível realizar a pesquisa com 8 familiares que cumpriram os devidos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Os participantes da pesquisa foram previamente selecionados pela equipe de psicólogos atuantes no hospital em questão.

Critérios de Inclusão

Familiares conscientes do prognóstico reservado e em processo de elaboração da condição clínica do paciente, vivenciando o luto antecipatório, que estejam inseridos no ambiente hospitalar e assistidos pelo psicólogo responsável pelo setor. A fim de evitar que os riscos sobreponham os benefícios, entrevistou-se familiares cujo pacientes tivessem acima de 18 anos de idade.

Critérios de Exclusão

Familiares de pacientes abaixo de 18 anos de idade, e em processo de negação do prognóstico, que não tenham um vínculo afetivo com o morrente ou que não sejam assistidos pelo serviço de psicologia do Hospital.

2.3 PROCEDIMENTOS

2.3.1 Instrumentos

Foi realizada uma pesquisa qualitativa (APÊNDICE A), com aplicação de uma entrevista semiestruturada que foi parcialmente estruturada em termos de tópicos e objetos sobre os quais coletou-se informações e parcialmente desestruturadas no que diz respeito ao interior dos tópicos, garantindo a produção de um estudo não linear pelo entrevistado, que

possibilitou ao entrevistador reorientar a entrevista em certos momentos. Considerando as seguintes perguntas norteadoras da entrevista:

1. Quem é o paciente e sua história?
2. Qual a situação atual do paciente no momento da internação?
3. Como a situação vivenciada pelo paciente reflete no entrevistado?
4. Quais as perspectivas futuras em relação ao prognóstico reservado?
5. Houve sinalização do paciente em relação as diretivas antecipatórias?
6. E em como o familiar se sente diante da possibilidade de morte do ente querido?

2.3.2 Procedimentos de coleta de dados

Os participantes da entrevista foram direcionados a sala de psicologia hospitalar do hospital, de modo que garanta a privacidade e o sigilo da entrevista.

Foi aplicada uma entrevista semiestruturada com tempo estimado de 40 minutos, em encontros únicos, salvo casos em que o paciente permaneceu internado em datas que as entrevistadoras retornaram ao campo.

Nesse processo, foi realizada uma escuta qualificada para a realização um trabalho de psicoeducação no que tange o assunto de preparação do luto antecipatório, verificando como os familiares se sentem frente a possibilidade de morte de um ente querido.

2.3.3 Procedimentos éticos

Toda a pesquisa é baseada respeitando princípios éticos e agindo de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2005). Dessa forma, assegurou-se consentimento informado, de modo que todos os participantes tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), estando cientes dos critérios que regem essa pesquisa bem como seus possíveis riscos; garante-se o anonimato e a confidencialidade implicam que os dados facultados pelos participantes da investigação foram utilizados de modo a que mais ninguém, além do entrevistador conheça a fonte. (STREUBERT; CARPENTER, 2002). O trabalho foi submetido à apreciação ética no Comitê de Ética em Pesquisa e obteve parecer favorável (ANEXO C), indicando que a pesquisa está apta para desenvolvimento. Constam nesse trabalho as devidas apresentações dos riscos, benefícios e desfechos da Pesquisa (APÊNDICE B).

No contato inicial com as famílias foi explicitada a natureza do estudo e assegurada a confidencialidade e o anonimato, bem como a possibilidade de recusa ou desistência a qualquer

momento. É importante ressaltar que público desta pesquisa se encontra em momento de vulnerabilidade, dessa forma, os pesquisadores envolvidos se comprometeram a se capacitar a prestar apoio à pessoa durante a entrevista caso fosse necessário, e se no decorrer da entrevista a pessoa enlutada se apresentasse perturbada, as necessidades da pessoa deveriam ser prioritárias em detrimento das necessidades do investigador. Vale realçar que o entrevistador deverá conhecer outros recursos de ajuda à pessoa enlutada e facultar essa informação caso necessário. (PEREIRA, 2014).

Quando manifestado pelo paciente ou familiares entrevistados, o estudo foi cancelado e as informações colhidas com os familiares devidamente descartadas. Nos casos em que houve transferência para setores que não permitiam a intervenção psicológica ou, em caso de falecimento do paciente durante encontros iniciais, a família optou se desejaria pela desistência na participação na pesquisa, e os materiais recolhidos não foram utilizados.

3. ANÁLISE E DISCUSSÕES

Ao falar sobre o trabalho do psicólogo em contexto hospitalar manejando o luto antecipatório com familiares de pacientes com prognóstico reservado, partiremos da premissa de que será realizado pelo profissional serviços de acolhimento, direcionamento e avaliação do luto e dos sistemas familiares, nesse sentido cabe ao profissional considerar qual a posição funcional ou papel que a pessoa que morreu tinha na família, como se formula a integração emocional daquele agrupamento e qual o valor que essas pessoas atribuem as emoções, verificando se há situações em que a expressão das emoções seja facilitada ou dificultada.

Os mediadores do luto, descritos por Worden (2013), surgem como um instrumento que pode ser utilizado pelo profissional no intuito de correlacionar a latência dos mesmos com os relatos apresentados pela família, de forma a se evidenciar como o processo de luto está se instaurando naquele núcleo. Com isso, o profissional pode traçar estratégias como o desenvolvimento das tarefas do luto, também descritas pelo autor, para que o luto seja vivenciado e legitimado, diminuindo as chances de acarretar um processo patológico.

Desta forma, a proposta inicial do trabalho foi de realizar dez entrevistas, contudo apenas foi possível realizá-la com oito participantes, devido à alta rotatividade característica do contexto hospitalar. Na análise realizada com os oito casos entrevistados, evidenciou-se a presença dos mediadores do luto descritos por Worden (2013) nos relatos dos participantes. Os familiares entrevistados pertenceram a faixa etária de aproximadamente 20 a 70 anos de idade, sendo de maioria do sexo feminino. Os setores que percorreram a pesquisa foram: neurologia,

setor de internação hospitalar por convênio, unidade de terapia intensiva (UTI) e enfermaria clínica.

CASO 1:

Entrevistou-se R, de aproximadamente 50 anos, filha da paciente S, do sexo feminino de 73 anos de idade. A paciente deu entrada no hospital devido a estado de infecção, em que foi necessário cuidados urgentes e internação no setor de enfermaria clínica, devido ao estado de saúde debilitado. R. esteve presente com sua mãe por todo o processo de internação, pois de seus irmãos, era a única que podia fazer companhia e prestar os cuidados necessários à mãe. Em entrevista, R. trouxe que possuía uma relação tranquila com sua mãe, contudo relatou ter vivenciado fortes conflitos entre os pais, afirmando que sua mãe havia sofrido muito no casamento. A familiar relatou que seu pai cometeu suicídio a alguns anos, na qual foi um evento que marcou muito toda a família. Nesse aspecto, pode-se considerar o mediador 4, relacionado ao histórico de perdas anteriores. Além disso, um dos trechos da entrevistada relacionado à percepção do familiar frente ao adoecimento, R. relata que está muito ansiosa e preocupada, pois S. apresenta confusão mental, e que será necessário se mudar para casa de sua mãe, em caso de alta hospitalar, para que possam prestar os devidos cuidados. A partir disso, pode-se avaliar o mediador 7, que diz sobre estressores concorrentes no processo de luto, que dentro desse caso, a mudança de rotina de R. tanto em relação aos cuidados com a mãe no ambiente hospitalar, quanto de sua mudança para a casa de sua mãe. No trecho: *“Nesses momentos nos deparamos com o fim da vida, temos que nos apegar em Deus e continuar a vida... nesse momento me apego muito à religião.”* Nesse trecho da entrevistada, mostra-se como a entrevistada utiliza-se da religião como parte de seu suporte social, no que pode ser considerado um aspecto importante do mediador 6, relacionado às variáveis sociais e suporte necessário que o sujeito precisa para lidar com uma situação difícil.

O trecho relacionado a perspectiva da familiar frente a possibilidade de morte, R. relata: *“A gente fica triste... mas não tem como evitar, não tem como tapar o sol com a panela... é triste ver ela se deteriorando aos poucos... faz tornar o fim da vida esperado”*. E o trecho da pergunta acerca das perspectivas futuras relacionado ao prognóstico: *“um dia de cada vez... um problema de cada vez”*. Tais trechos permitem avaliar em parte acerca do estilo de enfrentamento da familiar, definidos pelo mediador 5, relacionando as variáveis de personalidade. Pois, R. demonstrou um estilo de enfrentamento com maior evitação emocional, de forma a evitar contato com sentimentos negativos relacionados à morte iminente, que pode ser percebido nos trechos anteriores, considerando-se também fatores envolvendo seu estilo de

apego. Além disso, R. trouxe relatos sobre sua mãe, como alguém mais inflexível, além de ter vivenciado conflitos entre os pais por anos, tais aspectos levam a relacionar o mediador 1, acerca do parentesco e mediador 2, em relação ao vínculo, que a partir dos dados coletados e da escuta da entrevista, avalia-se uma possibilidade de maior ambivalência dentro da relação, que pode ser um fator importante no processo de luto antecipatório.

A partir da análise dos mediadores envolvendo o caso, pode-se avaliar alguns dificultadores envolvendo a tarefa II no processo de luto antecipatório, como o mediador 5, na qual a evitação em entrar em contato com sentimentos negativos, pode dificultar na elaboração e na busca por ajuda social/profissional, por exemplo. Considerando-se o contexto e mediadores avaliados, o psicólogo poderá contribuir nos aspectos que regem a tarefa II, em estabelecer contato com as emoções não acessadas, buscando compreender e significar.

Contudo, alguns outros aspectos, como avaliados através do mediador 7, e mediador 2, podem ser pontos importantes a serem trabalhados pelo profissional psicólogo com a familiar, de modo a contribuir com o processo de luto frente à morte iminente. Em relação ao mediador 6, pode-se analisar a busca de R. por suporte através da religião, pode ser um ponto positivo, de auxílio no momento difícil, que pode contribuir no processo de elaboração da tarefa I.

CASO 2:

Entrevistou-se F. que se encontra na faixa etária de aproximadamente 20 anos, neta da paciente M. de 74 anos de idade. A paciente deu entrada no hospital devido a um AVC, na qual precisou ser rapidamente atendida, passando por internação no setor de neurologia. Em entrevista, F. a descreve como: *“ela é uma pessoa boa, bem dada com todo mundo, nossa, ela é muito gentil, trata bem todo mundo, é uma pessoa maravilhosa”*. Tratando a figura de sua avó com afeto e preocupação pelo ocorrido, principalmente devido ao quadro de confusão mental sofrido por M. A partir desse relato, evidencia-se o mediador 2, no que se trata do vínculo existente entre ambas.

Além disso, um ponto importante destacado na entrevista, foi acerca da perda do avô, que ocorreu a cerca de 3 anos atrás. *“A perda dele contribuiu para ela estar com a mente do jeito que ela tá. Os dois eram companheiros demais, sempre estavam ali, acordava, e ele dava café para ela ou vice-versa, sempre estava ali os dois juntos. É um pouco estranho às vezes não estar, é uma perda muito grande para a gente mas principalmente para ela porque são anos convivendo juntos.”*; Através desse relato, considera-se o mediador 4, que diz acerca dos antecedentes históricos, ou seja, perdas passadas que foram vivenciadas pelo sujeito e como a

familiar precisou lidar com essa perda, em vista que o avô também esteve em processo de hospitalização e adoecimento.

F. demonstrou como a perda do avô foi significativa em sua vida e de toda a família, retratando como passar novamente pelo processo de hospitalização da avó, envolveu vivenciar novamente a experiência de perda passada, na qual foi relatado pela entrevista, nos seguintes trechos: *“estranho... nem passa pela cabeça, só por ter acontecido com o meu avô aquela vez, nossa.. foi um baque imenso, é doloroso até hoje. Na verdade não penso... não penso porque família é sagrada, e minha vó... tá louco... não penso, de jeito nenhum. Do meu avô foi muito difícil, não só para mim, mas para a família inteira ”*; e no trecho: *“É uma dor muito intensa... uma dor muito forte, que levamos isso para o resto da vida.. porque é um ente querido da gente... a gente sabe que vai acontecer mas nunca tá esperando”*. Na qual ressalta-se a influência do mediador 1, que diz sobre o significado da pessoa para o familiar.

A partir dos pontos e mediadores avaliados na entrevista, pode-se refletir sobre o impacto que perdas anteriores podem gerar no processo de luto, no que pode ser analisado pelo mediador 4, ainda mais por se tratar de um caso em que o adoecimento esteve presente na perda anterior e no processo de luto antecipatório, podendo ocorrer complicadores, principalmente no que se trata da tarefa I, como a negação, por exemplo. Além disso, o vínculo entre a familiar e paciente e grau de parentesco, analisados através do mediador 1 e mediador 2, são fatores a serem considerados.

Em relação à tarefa II, devido aos aspectos relacionados ao mediador 4, a familiar entrevistada pode vivenciar sentimentos de angústia e ansiedade intensas, ao retomar possíveis lembranças da perda anterior, na qual torna-se papel do profissional psicólogo auxiliar nesse processo, além de contribuir no fortalecimento de mecanismos de enfrentamento, que podem ser importantes no processo do luto antecipatório e nos ajustes emocionais.

CASO 3:

Na entrevista realizada com L, de aproximadamente 40 anos, irmã da paciente J, de 29 anos de idade. A paciente foi diagnosticada com câncer nos ovários a alguns meses anteriores à internação, na qual veio buscando tratamento. Contudo, J. não demonstra estar respondendo mais aos tratamentos propostos, recebendo prognóstico reservado dos médicos responsáveis pelo caso, devido à sua gravidade. Em entrevista, L. relatou sobre o impacto do adoecimento e internação na vida de sua família, no trecho: *“Apenas se sabe que é um tumor muito agressivo... infelizmente não tem muito o que fazer por ela. Ao todo somos em 7 irmãos tá sendo bem difícil, a J. é solteira, mora com os meus pais, então está sendo bem difícil para eles... ela é a caçula*

das meninas... e está sendo bem difícil, bastante pesado para eles e para nós também... é difícil ver o sofrimento dela, e a gente não pode fazer nada... então é complicado, mexe com o psicológico da família inteira. A gente dá força para a mãe e o pai, e quando eles saem aí a gente desaba também, não é fácil... ela sempre foi uma boa filha, sempre ajudou em casa e com as coisas de casa e dava aquele suporte pra eles né...” pode ser avaliadas questões importantes, como a idade da paciente, o grau de parentesco e vínculo de J. com os membros de sua família, avaliando-se o mediador 1, no que diz respeito ao grau de parentesco, por se tratar de uma irmã mais jovem que ainda residia com os pais, e o mediador 2, relacionado ao vínculo de J. com sua irmã e restantes membros da família, que demonstrou ser um vínculo de forte proximidade e afeto.

No trecho dito pela entrevistada: *“Sinto que às vezes eu vou desabar, eu não vou aguentar... é complicado, ao mesmo tempo que quero estar junto com ela, eu não quero ver... é difícil responder isso... a gente (família) nunca viveu de alguém tão próximo assim, uma irmã... para uma doença tão agressiva, que judia bastante... mas, vamos lutar até o fim junto com ela, ficar do lado dela... dar a força que ela precisa”*. Nesse trecho, pode-se avaliar influência do mediador 4, relacionado a antecedentes históricos, na qual nesse caso, a família nunca havia passado por experiência semelhante, gerando dificuldades em lidar com a perda iminente, ainda mais por se tratar de um contexto envolvendo hospitalização e adoecimento, abalando o que é descrito pelo mediador 5, em que afeta o mundo presumido do sujeito, ou seja, suas crenças relacionadas ao fenômeno da morte.

Além disso, no trecho: *“A gente (a familiar e demais irmãos) ao mesmo tempo que aceita, vê que ela tá sofrendo, a gente volta atrás, de como vai ser sem a J... de como que vai ser prosseguir sem ela... muito difícil aceitar... vem o medo, vem a angústia, a gente não consegue dormir, é difícil demais... para a vida... eu tenho dois filhos, e eles percebem que preciso sair porque a J. tá doente... e eles sentem minha falta, tenho um marido ótimo, mesmo não sendo de me abrir, sempre converso com ele”*. Nesse trecho, pode-se perceber existência do mediador 7, na qual envolve estressores concorrentes, que nesse caso podem ser avaliadas acerca dos diversos papéis que L. precisa exercer, enquanto presta cuidados à irmã no hospital, mas concomitantemente, precisa lidar com as mudanças de rotina, que anteriormente se destinava apenas ao lar. Contudo, evidencia-se o mediador 6, que envolve questões relacionadas ao suporte social, na qual L. relata ter apoio do marido e irmãos, durante a entrevista, e de recursos religiosos para buscar lidar com seu luto antecipatório, como pode ser visto no trecho *“[...] Deus vai dar força para nós passarmos por isso, e contando com ajuda de família e de amigos, e apoio psicológico que precisamos também”*.

Portanto, ao se avaliar os mediadores analisados no caso, percebe-se pontos essenciais relacionados à tarefa I, principalmente em relação à familiar entrevistada. E ao mediador 6, por se tratar de uma família que busca oferecer conforto e suporte uns aos outros, e também a J., além do auxílio espiritual, na qual pode contribuir no processo de melhor aceitação. Outro ponto, contudo, que possa contribuir negativamente, está relacionado ao mediador 4, pois no relato da entrevistada, a família nunca havia experienciado um processo de perda envolvendo um familiar próximo como uma irmã, nem um processo de adoecimento e hospitalização, em que pode ser um dificultador, frente a esse contexto, o psicólogo entra de modo a se tornar um facilitador desse processo, contribuindo no enfrentamento do momento difícil vivenciado pela família.

No que se trata da tarefa II, sobre os ajustes emocionais perante a perda, pode-se avaliar pelo mediador 5, que devido às mudanças significativas decorrentes do adoecimento e necessidade de estabelecer mecanismos de enfrentamento frente a situação antes nunca vivenciada, avaliado pelo mediador 4. Considera-se acerca do mundo presumido dos membros da família, que torna-se abalado no que se trata da morte, já que segue-se o esperado pelo ciclo da vida.

Desta forma, os sentimentos de angústia, medo e ansiedade acabam sendo vividos de modo mais intenso. Sendo necessário novamente intervenção e acolhimento de um profissional da Psicologia, que permita ao familiar expressar fortes emoções, a fim de lidar com a situação, como foi visto a partir do feedback da participante, acerca da entrevista: *“é bom, porque às vezes em casa minha família me dá todo o suporte... mas com a mãe e o pai não tem como...então é bom conversar”*.

CASO 4:

Na entrevista realizada com C., de aproximadamente 70 anos de idade, esposa do paciente A., de 79 anos. O paciente internado no setor de neurologia, possui quadro de demência, e precisou ser levado ao hospital devido a AVC e crises convulsivas, na qual resultou em afasia e agnosia, como sequelas. Em entrevista com C., relatou que seu relacionamento com A. existe a 55 anos, tiveram dois filhos e quatro netos, contudo um filho e um neto faleceram. Além disso, C. diz sobre ter tido uma relação conflituosa com seu marido, como relatado no trecho: *“Tá sendo bem difícil de aceitar, porque nunca foi assim.. ele era bravo e genioso... a gente não esperava isso, a gente esperava ter aquela velhice de andar de bengala para a rua.. mas não é assim a vida, tá difícil de aceitar”*. Nesse trecho, é possível avaliar o mediador 4,

pois C. precisou lidar com perdas significativas anteriores, em sua vida, na qual torna-se necessário utilizar de seus mecanismos de enfrentamento frente a essa nova situação envolvendo a terminalidade de seu marido. No trecho: *“Eu tinha um casal de filhos e quatro netos, eu perdi meu filho a pouco tempo e depois perdi o meu neto... eu tenho muito que ter ajuda de vocês (profissionais de Psicologia) mesmo sabe, agora eu e meu marido, a gente não tinha uma vida boa... a gente vivia muito em conflito, por causa que ele era muito bravo para mim e para os filhos... mas hoje agradeço porque ele deu educação para os nossos filhos, mas ele era muito ranzinza...ele nunca foi fácil... mas não vou abandonar nunca na vida”*. Traz o mediador 1, acerca do parentesco e mediador 2, relacionado ao vínculo, na qual a entrevistada traz como um relacionamento conflituoso mas ao mesmo tempo em que há existência de cuidados, em que pode ser avaliado como uma ambivalência na relação, já que coexistem aspectos positivos e negativos, no que também pode ser avaliado no trecho de que a personalidade do marido tinha uma função envolvendo a criação dos filhos.

Em alguns trechos como relacionados a perguntas de perspectivas futuras relacionados ao prognóstico reservado e da possibilidade da morte do ente querido, C. trouxe os seguintes relatos: *“não tem... não quero ser pessimista mas acho que vai ser disso para pior... antes eu tinha a expectativa dele melhoras e ele melhorou um pouco... eu costumo dar todos os medicamentos, o médico disse que ele tem chance de ter de novo... é muita coisa para administrar e minha cabeça já não é aquela coisa... e passar por tudo isso”*. E no trecho: *“Eu acho que para ele vai ser melhor ele morrer do que ele ficar... porque do jeito que ele tá, onde pega ele sai sangue, na perna e no braço... ele não gosta da sonda, do coletor e toda hora ele coloca a mão... então para ele é melhor ele morrer... sempre falo, Deus, você sabe o que é melhor para ele do que eu... então seja feita a vontade de Deus e não a minha. Se ele morrer eu vou sentir, porque foram 55 anos juntos... mas para ele que tá daquele jeito, se fosse eu no lugar dele, queria ir embora... hoje ele é obrigado a deixar uma pessoa estranha dar banho nele... ele jamais permitiria isso... jamais aceitaria, de jeito nenhum... então é difícil, eu sinto quando a moça vai dar banho nele, eu falo que não sei se ele acha, mas e se ele tiver achando?... não tenho certeza.”* A partir desses trechos, pode-se avaliar como são os mecanismos de enfrentamento da entrevistada. No que pode ser relacionado ao mediador 5, do que trata-se das variáveis de personalidade. Pois, pode-se avaliar através dos relatos, que C. busca lidar com as situações estressantes do contexto de adoecimento, buscando ajuda de pessoas próximas, como familiares e apoio profissional, que foi dito pela entrevista durante a conversa, e de tentativa em encontrar algo de positivo na situação difícil, como em um ponto em que a familiar traz em entrevista, ajudar o marido em atividades simples de fisioterapia, a se alimentar e acompanhá-

lo no período de internação, fazendo-a se sentir mais eficiente, enquanto vivencia o processo de luto antecipatório.

Portanto, nesse caso, o luto antecipatório pode perpassar certas dificuldades para a familiar, envolvendo o mediador 2, no que diz respeito a ambivalência da relação, podendo ser um aspecto importante da tarefa II, em que diz sobre os ajustes de sentimentos relacionados à perda, o que é bastante visível nos relatos. Além disso, C. relatou ser difícil aceitar a situação, mas que entende como o adoecimento traz sofrimento significativo para seu marido, de forma concomitante. Demonstrando ser uma etapa importante na elaboração da tarefa I. Por outro lado, C. possui mecanismos de enfrentamento que já foram ativos em perdas anteriores, avaliados pelo mediador 4. Ao ativar tais mecanismos, avaliados pelo mediador 5, mostra-se como a entrevistada vem buscando lidar com todo o processo de perda iminente. No trecho relacionado à participação na pesquisa, C. relatou: *“Foi um desabafo, foi como se eu tivesse tirado uns pesos das minhas costas, e passado para você, é uma sensação de alívio, de ter posto para fora, de falar sobre isso... eu acho que a gente tem que conversar e ser honesto...eu agradeço”*. O profissional psicólogo pode auxiliar a familiar no processo de expressão e compreensão dos sentimentos ambivalentes relacionados ao marido, como forma de facilitar os ajustes emocionais, além do acolhimento e suporte emocional, durante o processo de luto antecipatório.

CASO 5:

A entrevista foi realizada com R, de aproximadamente 40 anos, filha de M, do sexo feminino de 67 anos de idade. A paciente deu entrada no hospital devido a quadro de alteração no nível de consciência e resistência a alimentação, acarretando também em episódios de confusão mental, a evolução médica sugere provável neoplasia pulmonar e sepse de foco pulmonar. R. esteve presente durante todo o processo de internação, e relata boa convivência com sua mãe, conta que a mesma é viúva recentemente, mora sozinha, porém um sobrinho passa a noite com ela. Relata que a paciente já apresentava redução na ingestão de alimentos a alguns meses, a maior parte do tempo estava camada, mas deambulava com auxílio de uma bengala. O nível de consciência era considerado normal até 4 dias antes da internação. Realizar uma entrevista que englobe aspectos a respeito da biografia do paciente é fundamental para se compreender o processo de luto pela ótica do mediador 1, que pontua quem é a pessoa em processo de morte, e o mediador 2, que busca compreender a natureza dos vínculos dos envolvidos. Uma vez que esses mediadores são considerados como ponto central da análise do

processo de luto, o psicólogo passa a vislumbrar como a família se sente naquele momento e consegue analisar quais outros mediadores estão relacionados ao caso.

Sobre a morte do marido da paciente, o relato da família e o prontuário médico revelam que o falecimento se deu a 4 meses (fevereiro de 2023) em decorrências de complicações do Alzheimer. Nesse aspecto, pode-se considerar a presença do mediador 4, relacionado ao histórico de perdas anteriores.

Durante a entrevista, ao ser questionada sobre as perspectivas futuras relacionada ao prognóstico da paciente, foi relatado: "*Eu tenho esperança de que ela vai ter alta, tenho medo de não saber o que está acontecendo, mas como não tem resultado ainda eu estou acreditando que não é nada grave, se fosse eu já saberia*". Através desse trecho permite-se analisar acerca do estilo de enfrentamento do familiar, definidos pelo mediador 5, relacionando as variáveis de personalidade. É notável que R. demonstrou enfrentar a situação com maior evitação emocional, se mantendo esperançosa enquanto não houvesse diagnóstico conclusivos, o que demonstra o quão lida bem com a ansiedade e como lida com situações de estresse.

Ao se questionada sobre como o familiar se sente frente a possibilidade de morte do ente querido, foi relatado: "*Eu não penso na morte dela, se eu pensar se torna realidade*". Esse relato chama atenção para uma possível negação do quadro da paciente, e pode surgir como dificultador envolvendo a tarefa I no processo de luto antecipatório, que se refere aceitação da realidade da morte e de sua irreversibilidade, e também como dificultador da tarefa II, que se refere a processar a dor do luto.

Considerando uma possível negação do prognóstico e a presença do mediador 4, poderiam ser trabalhados com a familiar aspectos de modo a contribuir com um futuro processo de luto frente à morte iminente, considerando que o auxílio profissional no enlutamento trabalhará as tarefas do luto com foco para evitar desdobramentos de um luto patológico. Posterior ao encerramento da entrevista, recebeu-se a notícia de que a paciente veio a óbito, reforçando ainda mais a necessidade da atuação do profissional junto aos familiares em casos de prognósticos mais reservados.

CASO 6:

A entrevista foi realizada com J, cerca de 60 anos, filho de S, de 95 anos. O paciente apresenta quadro de AVCI, encontrava-se estável, apresentava certo nível de confusão mental que pode ser decorrente do prognóstico, mas estava consciente. Relatado pelo filho, ambos moram juntos, já que o paciente não tem outros familiares, tem baixa visão e audição reduzida. Ao considerar a biografia do paciente e o vínculo com o entrevistado, nota-se a presença do

mediador 1 e do mediador 2, que postulam sobre quem é a pessoa em processo de finitude, e busca compreender a natureza dos vínculos dos envolvidos. Mais uma vez, estes mediadores surgem como ponte central de análise, uma vez que através deles é possível compreender como se dá o convívio do núcleo familiar.

O entrevistado relata sobre sua rotina no hospital junto a seu pai: *"Precisei tirar alguns dias do meu trabalho para ficar aqui com ele, sou só eu e ele, não tenho mais ninguém para ajudar e eu preciso estar aqui, isso cansa muito e também me dá medo, mas é o meu pai e vou ficar com ele"*. Em outro momento, ao ser questionado sobre as perspectivas futuras frente ao prognóstico, é relatado: *"Ninguém me explicou como vai ser, mas eu sei que vai ser diferente, ele já é de idade, surdo e cego, eu vou precisar adaptar tudo mais uma vez para que ele fique bem em casa"*. Esses trechos postulam a presença do mediador 7, que discorre sobre estressores concorrentes, considerando que existem fatores de mudanças sobrepostas as crises, já que haverá mudanças inevitáveis.

Em relação a como o familiar se sente frente a possibilidade de morte do ente querido, o entrevistado relata que nunca foi discutido sobre diretivas antecipatórias frente a situações como essa, seguido do relato: *"Eu sinto medo, é muito difícil tudo isso, eu não sei exatamente o que está acontecendo e ele está muito confuso. Sei que ele está caminhando para a morte, ele tem 95 anos, mais ainda sim é difícil porque ele é o meu pai, e acabamos de perder alguém da família, o irmão dele, então o medo bate mais forte ainda"*. Pode-se ver. A presença do mediador 4, já que ascendentes históricos, o que acaba se relacionando diretamente a queixa de medo quanto ao quadro do paciente.

Pode-se considerar também a presença do mediador 5, quanto a variáveis da personalidade, uma vez que é relatado: *"Mas sabe, eu estou fazendo tudo o que eu posso para ele ficar confortável, sou o único filho, e cuidar dele é algo que está muito bem resolvido na minha cabeça "*. O trecho em questão pontua sobre como o entrevistado está lidando com a situação, apontando para um mundo presumido com juízo de valor de cuidados com o pai.

O caso em questão aponta que apesar das angústias inerentes ao momento vivenciado, o filho do paciente se mostra compreensível frente ao prognóstico. Ao fim da entrevista, o familiar verbalizou: *"Foi bom ter conversado com você, espero que ter contado o que está acontecendo te ajude de alguma forma no trabalho que estão fazendo, pra gente as vezes conversar um pouquinho com alguém diferente é muito bom, a gente só quer falar como está sendo esse momento e ter alguém pra ouvir ajuda muito"*. De uma maneira geral, pode-se supor que as tarefas do luto seriam elaboradas de forma mais eficiente com este familiar, dada sua abertura para diálogo e forma de enfrentamento da situação, reforçando a extrema necessidade

de um profissional para auxiliá-lo neste processo de forma que agentes dificultadores do processo de luto sejam balanceados com o entendimento do processo do findar-se do ser.

CASO 7:

A entrevista foi realizada com C, de aproximadamente 30 anos, filha de R, de 57 anos de idade. Paciente levava uma vida totalmente independente, com boa saúde, casada e mãe de duas filhas. Boa relação com a família e com o atual marido, com quem morava. R. sofreu uma queda na escada de casa e foi encontrada desacordada, sofrendo um TCE Grave. Chegou ao hospital apresentando confusão mental e rebaixamento de consciência, foi levada para a UTI. Primeiramente deve se considerar a biografia do paciente e o vínculo com o entrevistado sob a ótica do mediador 1 e do mediador 2, que discorrem sobre quem é a pessoa em iminência de morte, e qual a natureza dos vínculos dos envolvidos. Estes mediadores surgem como ponte central de análise para através deles compreender como se dá o convívio do núcleo familiar.

A entrevista com C. ocorreu em dois encontros, dado o tempo de permanência de sua mãe no hospital. Com isso, foi notória uma mudança no discurso da entrevistada ao decorrer dos encontros. Em um primeiro momento, a paciente encontrava-se internada a 26 dias na UTI, ao ser perguntado sobre como está sendo a percepção familiar frente ao processo de internação, a filha se mostrou angustiada e relatou: *" Não falo para os meus filhos exatamente o que está acontecendo, estamos a 26 dias na UTI, tenho medo de assustá-los. Eu tenho esperança de que ela vai melhorar, que vai recobrar a consciência, então não vou preocupá-los"*. Esse trecho evidenciou a presença do mediador 7, discorrendo sobre a presença de estressores concorrentes, uma vez que a preocupação com o quadro clínico da mãe e com a reação emocional dos filhos entram em conflito para C.

Ao ser questionada sobre as perspectivas futuras em relação ao prognóstico reservado, C. relata: *"Eu ainda não sei muito o que esperar, ela vai iniciar um processo de para tentar recobrar a consciência, então até lá estou tentando manter a calma, o meu trabalho é autônomo então consigo estar com ela"*. Seguido desse trecho, a entrevistada discorre sobre a sinalização do paciente quanto a diretivas antecipatórias frente a situações como essa, e relata: *" Nunca falamos sobre isso, eu não sei quais seriam os desejos e escolhas dela"*. Os trechos destacados refletem tamanha angústia por parte da filha em acompanhar a internação da mãe, mas ainda assim não ter perspectivas sobre o prognóstico.

No segundo encontro com C. alguns pontos foram retomados, a entrevista ocorreu duas semanas após o primeiro encontro e a paciente já se encontrava no quarto. Foi perguntado novamente sobre a percepção familiar frente ao processo de internação, onde agora C. relata:

"Depois de todo esse tempo no hospital, eu já não escondo mais nada dos meus filhos, meu filho até já passou a noite aqui com a avó, minha filha não veio porque ela é muito nervosa, mas ela sabe que a avó não voltará a ser como era antes". Nesse trecho evidencia-se a presença do mediador 6, quanto as variáveis sociais, pois agora nota-se o grau de suporte emocional e social recebido dos outros, uma vez que outros membros da família passam a ter papel de cuidado com a paciente. A mudança de postura de C. também pode ser comparada a I tarefa do luto, acerca de aceitar a realidade da perda, essa tarefa está na aceitação da realidade da morte e de sua irreversibilidade, e sua execução torna-se primordial em casos de negação e de tentativas do enlutado de se proteger da realidade diante da perda, como pode ser notado comparando as respostas que a entrevistada verbalizou ao decorrer dos encontros.

A entrevistada também relatou sobre as perspectivas futuras em relação ao prognóstico reservado: *"Ela não voltará a ser como antes, eu sinto que perdi a minha mãe, mas ela ainda está aqui. Esses últimos dias eu senti tudo: raiva, medo, angústia, fiz até promessas. Mas os médicos foram muito sinceros comigo, não tem muito o que fazer, e ficar no hospital também não vai ser bom para a evolução do quadro dela, por isso estamos entrando com pedido de alta responsável e com pedido de HomeCare, e vamos levá-la para minha casa, já conversei com a minha Irmã e é a melhor escolha, eu sei que ela (paciente) tem casa e marido, mas ela é a minha mãe e eu vou fazer isso por ela, vou cuidar dela"*, em seguida verbaliza: *" Eu decidi também que não vou voltar a trabalhar por enquanto, minha mãe precisa de cuidado integral, não tenho nem cabeça para trabalhar agora, mas vou dividir os cuidados com a minha irmã e com meus filhos, estamos juntos nessa por quanto tempo for preciso"*. Os trechos evidenciados trazem a presença novamente do mediador 6, discorrendo sobre o suporte emocional e social recebido da irmã, mediador 5, relacionado a variáveis de personalidade uma vez que pontua sobre um mundo presumido com crenças e valores de cuidados de C. com sua mãe, e também a presença do mediador 7, desta vez trazendo estressores concorrentes na visão de uma mudança do estilo de vida da família para se adaptar aos cuidados com a paciente. Também pode-se fazer uma alusão a II tarefa do processo de luto, que discorre sobre vivenciar o sofrimento do luto (*"Esses últimos dias eu senti tudo: raiva, medo, angústia, fiz até promessas"*), relacionando-se até ao descrito por Kubler Ross (2017) ao falar sobre o processo de luto e suas etapas.

Foi perguntado sobre como C. se sente frente a possibilidade de morte da mãe, e foi relatado: *"Eu estou me despedindo em vida, as pessoas não entendem o quadro dela e acham que sair da UTI já é voltar ao normal, mas agora esse é o novo normal, a nossa nova realidade, minha mãe não vai voltar e eu sei disso. Estou deixando o tempo tomar o curso de tudo, apesar de tudo que te falei, eu não consigo pensar a longo prazo, estou encarando um dia de cada vez,*

mas ao menos agora consigo enxergar tudo com mais clareza e calma". Nota-se novamente a presença do mediador 5, relacionado ao modo de enfrentamento da situação ("*Estou deixando o tempo tomar o curso de tudo*") e mediador 6, relacionado a uma falta de suporte emocional de pessoas fora do núcleo familiar.

Por fim, ao encerrar a entrevista C. traz um relato sobre como se sentiu conversando com a entrevistadora: "*Estar aqui a tanto tempo é muito difícil, sufoca, as vezes eu só quero conversar e falar tudo que estou sentindo, só quero que alguém me escute sobre como está sendo difícil, mas não quero alguém da família, precisa ser alguém de fora e que não vai me julgar ou tentar me dizer que tudo vai ficar bem, por isso participar dessa entrevista está sendo muito bom, eu tenho alguns minutos para realmente dizer como estou me sentindo*". Esse trecho evidencia mais uma vez a presença do mediador 6, mostrando como o grau de suporte emocional e social recebido dos outros, tanto dentro quanto fora da família, é significativo no processo de luto.

Nesse caso, o trabalho do profissional seria de auxiliar para que o processo de luto continuasse na direção que está fluindo, uma vez que abrir um espaço para fala, mesmo que nos parâmetros da entrevista proposta, já possibilitou que a entrevistada verbalizasse a importância de ter alguém oferecendo uma escuta qualificada e sem julgamentos. A presença do profissional se torna fundamental para a evolução do processo do enlutar-se de uma maneira mais "saudável", permitindo a livre expressão dos sentimentos.

CASO 8:

A entrevista foi realizada com A, de aproximadamente 50 anos, esposa de F, de 56 anos de idade. O paciente está em tratamento contra câncer desde o início de 2023 (Linfoma não Hodgkin). É casado e pai de dois filhos. A esposa relata que após o diagnóstico, o filho do casal retomou contato com a família, segundo relatado o mesmo havia cortado contato a 8 anos, mesma época em que se casou. No momento da entrevista, o quadro do paciente era estável.

No que diz respeito a como está sendo a percepção familiar frente ao processo de internação, A. relata: "*Eu me preocupo, lógico, mas no geral eu estou tranquila e confiante, porque ele foi internado por outro motivo, não foi uma reação à quimioterapia*", em seguida pontua: "*Já passamos por outras internações antes, eu mudei a minha vida para estar com ele, então eu vou cuidar do que for preciso, ele é meu marido e eu assumi esse compromisso com ele*". Nos trechos evidenciados nota-se a presença do mediador 1, pontuando sobre quem é a pessoa em processo de finitude, o mediador 2, trazendo sobre a natureza do vínculo entre paciente e entrevistada, e pôr fim a presença do mediador 7, considerando que há estressores

concorrentes, pois além de uma nova internação do paciente, A. lida com o retorno do filho do casal e com uma nova rotina de cuidados em que foi necessário alterar o estilo de vida da família.

No decorrer da conversa, de maneira angustiada A. traz os seguintes relatos: *"A doença dele trouxe nosso filho de volta, apesar de tudo o que aconteceu, nossa família está completa após 8 anos. Eu falo para o meu filho que o cuidado dele é exagerado, o que passou já passou, agora o pai e eu estamos aqui e está tudo bem, não tem que sentir nenhuma culpa. E eu estou aqui para cuidar do pai dele, ele não precisa parar a vida por isso, ele tem esposa e uma vida deles."*, *"Eu sinto que meu filho se culpa muito pelos anos que ficou afastado e tenta recompensar isso nos cuidados com o pai, mas às vezes ele nos sufoca, ele passa dos limites, já a nossa filha consegue ver tudo com mais calma"*. Os trechos evidenciam sobretudo a presença do mediador 6, demonstrando o grau de suporte emocional e social recebido dos outros, mas ao mesmo tempo como esse suporte também pode ser exagerado e causa desconforto. Também pode-se considerar a presença do mediador 5, a respeito das variáveis de personalidade, pois o relato apresentado por A. demonstra como estrutura a personalidade do enlutamento da família.

No que diz respeito as perspectivas futuras em relação ao prognóstico reservado, a entrevistada relata: *"Me falaram no começo desse ano que ele não iria sobreviver a recuperação da cirurgia da retirada do baço, porque quando abriram eles descobriram que o câncer era muito maior do que os exames mostravam, mas ele está aqui! A dra. disse que esse tipo de câncer costuma reagir bem à quimioterapia, então estamos muito confiantes com o tratamento, ele vai vencer mais uma vez"*, apesar de todo o quadro clínico, a família e a equipe médica envolvida acreditam que nesse momento o tratamento evolua de forma positiva, trazendo novamente a presença do mediador 6, sobre o suporte emocional e social.

Ao ser questionada sobre como se sente frente a possibilidade de morte do marido, A. responde: *"Eu já me preparei para a morte dele uma vez e ele ainda está aqui, eu sei que pode acontecer, mas o tratamento está indo bem, então agora não penso tanto na morte, meu foco é oferecer o melhor cuidado enquanto ele estiver aqui, e vou fazer isso"*. O trecho destacado pode ser comparado a I tarefa do luto, na medida que A. aceita a realidade da finitude de seu marido, e a II tarefa na medida que se permite processar o luto.

Por fim, ao encerrar a entrevista, A. verbaliza: *"Nossa, foi muito bom poder falar tudo isso pra você, são coisas que eu sinto e que são verdade, mas é difícil falar tudo isso pra minha família porque eles também sofrem, sinto que falar com alguém de fora tira um pouco do peso que está sendo carregar tudo isso, mesmo que eu queira estar aqui é cansativo, e ninguém*

entenderia.". O relato trazido por A. valida ainda mais a necessidade de atuação do psicólogo junto aos familiares, pois escancara a fragilidade em que estas pessoas são submetidas nesse contexto, e como o espaço para escuta é amplamente valorizado pelos familiares.

De maneira geral, após análise dos casos, pode-se inferir que o trabalho do profissional psicólogo nesses casos deve-se pautar principalmente na escuta e acolhimento. Os mediadores e tarefas do luto descritos por Worden (2013), bem como o processo de luto descrito por Kubler Ross (2017) são apenas princípios teóricos que auxiliam na percepção e análise do enlutamento desses familiares, e servem como balizadores em uma perspectiva futura dos desdobramentos desses lutos.

Evidenciou que o contexto hospitalar perpassa pela fragilidade e sofrimento humano, e ao considerarmos casos de luto como os analisados, torna-se nítido a necessidade da presença do psicólogo ocupando espaço como rede de apoio e fortalecimento de vínculos, entre famílias, pacientes e profissionais de saúde.

A análise das entrevistas responde o que se foi questionado na estrutura desse trabalho, uma vez que vai para além da apresentação da necessidade de psicólogos serem inseridos neste contexto, mas elucidam que a escuta qualificada, acolhimento e atendimento humanizado, preceitos básicos de atuação em um sistema de saúde se tornam essenciais para o processo de elaboração do entendimento do processo de saúde-doença. Inserir psicólogos, no contexto hospitalar, trabalhando sob a ótica do atendimento e acolhimento aos familiares de pacientes com prognóstico reservado reflete diretamente na qualidade da saúde mental dos envolvidos, pois se oferece um espaço onde angústias e fragilidades possam ser expressas livremente, mesmo que em trabalhos com demandas focais e breves.

Ao mesmo tempo, escancara-se a necessidade de aperfeiçoamento dos serviços já existentes, considerando que um dos critérios de participação desta pesquisa era justamente que as famílias envolvidas já estivessem sendo assistidas pelo psicólogo do setor, porém, mesmo havendo esse acolhimento, nota-se que muitas informações não foram devidamente esclarecidas, e que os cuidados com o processo de luto antecipatório não haviam sido implementados em muitas situações. A crítica não se refere a atuação do profissional em si, mas a uma marginalização sofrida pela saúde mental, onde se torna claro que os investimentos em aperfeiçoamento de técnicas não são devidamente valorizados, o que acarreta o fato de, apesar de haver serviço psicológico, muitas vezes não há conhecimento nas áreas relacionadas a finitude.

4. CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a pesquisar e analisar a necessidade de atuação dos psicólogos junto aos familiares de pacientes internados com prognóstico reservado. Buscou-se através da pesquisa de campo de natureza qualitativa, elucidar tamanha sensibilidade e fragilidade que o público específico perpassa frente a finitude do ente querido.

Ao realizar as entrevistas percebeu-se que apesar das intervenções dos profissionais de saúde, muitos familiares não tinham dimensão de conhecimentos do real estado do paciente, o que fica exposto durante a análise através de falas como "*Ninguém me explicou como vai ser*" e "*tenho medo de não saber o que está acontecendo*", o que pode ser atrelado tanto a um processo de negação frente a morte quanto também a um déficit no preparo dos profissionais no manejo com esses casos.

Em inúmeras situações os entrevistados relataram sentirem-se acolhidos ao participarem das entrevistas, pois lhe foram ofertados um momento de escuta qualificada, onde puderam expressar suas angústias e medos livremente. A pesquisa assumiu um papel para além da coleta de dados, e passou a ser também uma forma de oferecer cuidado humanizado e construir vínculos sadios entre equipe de saúde, pacientes e familiares. Foi relatado por participantes, em tom de agradecimento, como ter esse momento voltado para si mesmos, foi primordial nas condutas e escolhas posteriores a nossa presença. Desta forma, foi evidenciado como um trabalho de acolhimento psicológico é extrema necessidade para com a família, surgindo como efeito positivo de intervenção.

Toda a análise do material colhido foi baseada nos preceitos desenvolvidos por Worden (2013), a escolha por este autor se deu por acreditarmos que ao compreender como os vínculos se estruturam e quais são as situações que o mediam, se chega próximo a compreensão de como os afetos e convívios familiares específicos se estruturam, e desta forma é possível traçar estratégias para atuação do psicólogo no acolhimento familiar no processo de luto. Durante a análise essa hipótese se confirmou ao verificar a forma como cada familiar compreendia e elaborava a situação presente, de forma que os mediadores do luto mostraram tanto características pessoais de enfrentamento, como também aspectos sociais e de personalidade de outros membros da família, e dessa forma foi possível analisar como o impacto do adoecimento atingiu uma estrutura familiar como um todo, fato evidenciado principalmente no caso 7, onde os mediadores constroem um panorama de como o processo se deu seu antes e após a inserção de novos familiares nos cuidados, e como ao incluir a família no processo de hospitalização do

ente querido, a entrevistada também manifestou mudanças na sua forma de enfrentamento e elaboração da perda.

Oferecer um atendimento de qualidade e de forma humanizada são preceitos básicos de um atendimento digno de saúde. Escuta e acolhimento podem e devem ser desenvolvidos por todos os profissionais de saúde, mas a classe da psicologia tem dever de se destacar nesse quesito, pois tem como pressuposto básico de atuação, como descrito pelo artigo 1º do Código de Ética do Profissional Psicólogo no que diz respeito aos deveres fundamentais desses profissionais, constituídos pelo Conselho Federal de Psicologia (2005), em prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional. Pode inferir que o atendimento mencionado, enquadra-se como forma de oferecer serviços psicológicos de qualidade e em condições de trabalho digna.

No que diz respeito especificamente sobre a necessidade da atuação do psicólogo nesse contexto, consideraremos que a pesquisa, ao ser realizada no âmbito hospitalar, perpassou cenários de fragilidade e sofrimento humano. Ao nos propormos a validar, ou não, a necessidade destes profissionais, nos deparamos com a presença do psicólogo ocupando espaço como rede de apoio e fortalecimento de vínculos, entre famílias, pacientes e profissionais de saúde, o que responde assertivamente à pergunta inicial deste trabalho. Foi relatado pelos familiares como se sentiram acolhidos nesse processo ao ter espaços para fala, nas entrevistas em que se houve mais de um encontro nota-se a mudança de postura positiva frente ao momento de finitude do ente querido, o que está diretamente relacionado as tarefas e mediadores dos lutos, como explicitado na análise. Também foi evidenciado como os entrevistados valorizam a presença do psicólogo nesses momentos, podendo exemplificar através dos seguintes recortes: "*eu tenho muito que ter ajuda de vocês (profissionais de Psicologia)*", e "*Deus vai dar força para nós passarmos por isso, e contando com ajuda de família e de amigos, e apoio psicológico que precisamos também*".

De maneira geral, esse estudo permitiu concluir que ainda há grande necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais para acolhimento das demandas acerca do luto, pois apesar do atendimento psicológico já ser ofertado para o público em questão ainda se nota a ausência de técnicas e manejos adequados ao tema, como por exemplo, o desenvolvimento de rituais de despedida ou disseminação de conhecimentos acerca do processo antecipatório do luto. Portanto, evidencia-se a necessidade de novas pesquisas focadas no manejo do luto antecipatório, direcionadas ao contexto hospitalar, de modo que se questione sobre os

distanciamentos e/ou preferências que acarretam o número de profissionais com estudos específicos nas áreas de finitude humana, além de se analisar como se dá a relação entre os profissionais de psicologia e demais profissionais de saúde no sentido de verificar se os cuidados se dão de forma integral e multiprofissional, e se há relação das queixas dos pacientes acerca de não terem informações sobre os próprios prognósticos com o perfil institucional dos locais de internação e o preparo técnico específico de cada equipe. Todos os desdobramentos sugeridos ao final deste trabalho seguem na direção de analisar pontos que possam propiciar um ambiente acolhedor, empático e com manejo especializado na demanda focal, o que influenciará diretamente na elaboração do processo de luto desses familiares.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.

BARBOSA, C. G.; MELCHIORI, L. E. N.; CARMEN, M. B. O significado da morte para adolescentes, adultos e idosos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, 21, 49, p. 175-185, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200005>. Acesso em: 15 Out. 2023

BASSO, L. A.; WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, 7, 1, p. 35-43, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2023.

BASTOS. A. C. B. **Na iminência da morte: Cuidado Paliativo e Luto Antecipatório para crianças/adolescentes e os seus cuidadores**. Tese de doutorado - Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Salvador, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/30441>

BARRETO, E. A. et al. O papel da psicologia hospitalar na atenção à família de pacientes em terminalidade de vida: uma revisão sistemática. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, 15, 10, p. 10840–10859, 2023. Disponível em: <https://ojs.europublications.com/ojs/index.php/ced/article/view/1968> . Acesso em: 15 oct. 2023.

BIFULCO, V. A. Psicologia da morte. M. T. A. In: Figueiredo, M. T. A. (Org.). **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia**. São Paulo: Unifesp, 2006, p. 24-27. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/cuidados_paliativos_e_tanatologia.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.181, DE 19 DE AGOSTO DE 2020**. Dispõe sobre o registro obrigatório de internações hospitalares nos estabelecimentos de saúde públicos e privados, em todo o território nacional, durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da COVID-19. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2181_20_08_2020.html#:~:text=Para%20fins%20do%20disposto%20no,de%20caracter%C3%ADstica%20hospitalar%20ou%20em

BROMBERG, M.H.P.F. Famílias enlutadas. Em M.M.M.J. de Carvalho (Org.), **Introdução à psiconcologia**, p. 243-259, 1994. Campinas: Psy

CANUTO JACINTO, H. M. et al. A experiência de mães após a morte da criança. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS**, 4, 3, p. 43, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/5364> . Acesso em: 19 mar. 2023.

CASTRO, D. A. Psicologia e Ética em Cuidados Paliativos. **Psicologia ciência e profissão**, 21, 4, p. 44-51, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000400006>

COULANGES. N. D. F. **A Cidade Antiga**. São Paulo: Editora das Américas S. A. 2006

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética do Profissional Psicólogo**, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

CUNHA, A. S. Finitude Humana: A perplexidade do homem diante da morte. **5º encontro de pesquisa na graduação filosofia da unesp**, 3, 1, 2010. p. 182-193. Disponível em: [https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/AndersonSantanaCunha\(182-193\).pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/AndersonSantanaCunha(182-193).pdf)

DANTAS, J. B. et al. Entre a morte e a experiência da finitude: histórias e diálogos com o contemporâneo. **Rev. NUFEN**, Belém, 13, 1, p. 41-55, abr. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000100004&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 15 mar. 2023.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v57n1/v57n1a03.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2023.

DONELLI, T. M. S. Revivendo perdas: um estudo com pacientes hospitalizados em uma unidade de internação. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, 20, 1, p. 75-98, jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2023.

FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18, 9, set. 2013. Doi:10.1590/S1413-81232013000900013.

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

FLACH, K. et al. O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, 15, 1, p. 83-100, jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2023.

FRANCO, M. H. P. Luto em Cuidados Paliativos. In Cuidado Paliativo. Oliveira, R.A. (coord.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, p. 689, 2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 13ª ed., São Paulo: Editora Vozes, 2005.

IMANISHI, H. A.; SILVA, L. L. Despersonalização nos hospitais: o estádio do espelho como operador teórico. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, 19, 1, p. 41-56, jun. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2023.

KOVÁCS, M. J. Curso Psicologia da Morte: Educação para a morte em ação. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, 36, 91, p. 400-417, jul. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2016000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2023.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 2017.

LISBÔA, M. L.; CREPALDI, M. A. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paidéia**, Ribeirão Preto, 13, 25, jun. 2003, p. 97-109. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2003000200009>

MACHADO, É. O luto no contexto hospitalar. **O portal dos Psicólogos**, 2014. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0878.pdf>

MARQUES, M. Fatores que Impedem a Resolução do Luto. **O Portal dos Psicólogos**, 2015. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0860.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023

MATTEDI, M. A.; PEREIRA, A. P. Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. **Caderno CRH**, 20, 50, p. 319-330, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792007000200009> . Acesso em: 11 mar. 2023

MEIRELES, A. A. V. et al. Sobre a morte e o morrer: percepções de acadêmicos de Medicina do Norte do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 46, 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210081>

MELO, S. A. et al. Elaboração de perdas por mulheres maduras saudáveis. **Interação em Psicologia**, Curitiba, 8, 1, jun. 2004. p. 129-14. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3247>. Acesso em: 19 mar. 2023.

PEREIRA, I. C. O. **Avaliação no processo de luto: Na perspectiva do cuidador enlutado**. Dissertação (Mestrado em cuidados paliativos) – Universidade de Lisboa, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23495/1/10975.pdf> .

RIBEIRO, E. E. **Tanatologia: vida e finitude**. Rio de Janeiro: Unati, 2008.

SALES, I. C. Perdas e luto no viver e no morrer: o papel do conselheiro pastoral na ajuda da elaboração do luto. **Vox Faifae: Revista de Ciências Humanas e Letras das Faculdades Integradas da Fama**, 2, 1, 2010. Disponível em: <http://www.faifa.edu.br/revista/index.php/voxfai/fae/article/view/14/21>

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, 13, 11, p. 603-13, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>

SILVA, H. S. et al. As representações da morte e do luto no ciclo de vida. **Revista Kairós gerontologia**. 15, 12, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10100>

SCHMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, 21, 50, p. 423–430, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300015>

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. **Interacções**, 2002. Disponível em: <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/93/97>

TORRES, T. L. O psicólogo centrado na pessoa e a instituição hospitalar. **APACP – Associação Paulista da ACP**, 1999. Disponível em: <https://apacporgbr.wordpress.com/diversos/artigos/o-psicologo-centrado-na-pessoa-e-a-instituicao-hospitalar/>

VON HOHENDORFF, J.; MELO, W. V. Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, 9, 2, set. 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2023.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: Um manual para o profissional de saúde mental**. 4. ed., Porto Alegre: Artes médicas, 2013.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Sexo:

Faixa etária:

Setor do hospital:

Data do 1º encontro:

Data do 2º encontro:

Data do 3º encontro:

Data do 4º encontro:

1. História e biografia do paciente.
2. Qual a situação do paciente no momento da internação?
3. Como está sendo a percepção familiar frente ao processo de internação?
4. Quais as perspectivas futuras em relação ao prognóstico reservado?
5. Em algum momento houve sinalização do paciente ou relatado por ele as diretivas antecipatórias frente a situações como essa?
6. Como o familiar se sente frente a possibilidade de morte do ente Querido?

Observação: As perguntas 3, 4 e 6 tenderão a ser repetidas no decorrer dos encontros, com intuito de observar o processo envolvendo as questões de luto antecipatório.

APÊNDICE B – Riscos, Benefícios e Desfechos da Pesquisa

RISCOS, BENEFÍCIOS E DESFECHOS DA PESQUISA

RISCOS

O risco previsto no protocolo foi graduado no nível mínimo, podendo incluir desconforto e/ou constrangimento durante a conversa com os entrevistadores; cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados e desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio.

BENEFICIÁRIOS

Os benefícios desta pesquisa tangem tanto a comunidade usuária do Hospital da região do Sul de Minas Gerais, quanto os estudantes da Faculdade de Ciências Médicas "Dr. José Antônio Garcia Coutinho" - UNIVÁS. Desta forma, prevê-se a promoção da continuidade e implementação de um serviço prestado pelos acadêmicos da Univás aos familiares de pacientes do hospital, a verificação da importância do atendimento psicológico a famílias enlutadas e levantamento de pontos que possam ser trabalhados e melhorados dos serviços já prestados.

DESFECHO PRIMÁRIO

Prevê-se uma mudança de comportamento positiva nos familiares assistidos pela pesquisa frente a morte do paciente, de forma que a família tenha se sentido acolhida e ouvida no ambiente hospitalar, além de motivar a busca por atendimento psicológico fora do ambiente hospitalar para auxiliar no processo de elaboração da perda.

DESFECHO SECUNDÁRIO

Prevê-se que haja um maior reconhecimento da atuação do psicólogo no contexto hospitalar, de forma que os serviços prestados ocorram cada vez mais de forma multiprofissional.

ANEXO A – Carta de autorização do campo de pesquisa

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ilmo. Sr.
Dr. Alexandre Ciappina Hueb
Diretor Técnico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

Venho solicitar autorização para a realização de projeto de pesquisa intitulado O PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR: O MANEJO DO LUTO ANTECIPATÓRIO COM FAMILIARES DE PACIENTES COM PROGNÓSTICO RESERVADO

Cujo objetivo é analisar a necessidade da atuação do psicólogo no processo de luto antecipatório junto a familiares de pacientes hospitalizados com prognóstico reservado, verificando se há prestação de serviços psicológicos ao público em questão e quais são, de forma a contrapor a experiência e expectativas dos familiares com o resultado do serviço prestado. Esse é um estudo para Trabalho de Conclusão de Curso, da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre, sob orientação do Professor João Antonio de Oliveira

Serão entrevistadas 10 famílias de pacientes com prognóstico reservado, que já estejam sendo assistidas pelos psicólogos responsáveis pelo setor, e que serão indicadas para a pesquisa através do serviço de psicologia hospitalar.

De acordo com a resolução 466/12 do código de ética em pesquisa com seres humanos a identidade dos participantes e a identificação da instituição serão mantidas em anonimato e será preservado o sigilo das informações.

A participação no estudo é voluntária, não havendo prejuízos para a instituição nem para o paciente, porém, o entrevistado pode apresentar desconforto e/ou constrangimento durante a conversa com os entrevistadores; cansaço ou aborrecimento ao responder questionários. Os pacientes somente participarão do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo familiar ou responsável.

Os benefícios desta pesquisa tange tanto a comunidade usuária do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, quanto os estudantes da Faculdade de Ciências Médicas "Dr. José Antônio Garcia Coutinho" - UNIVÁS. Desta forma, prevê-se a promoção da continuidade e implementação de um serviço prestado pelos acadêmicos da Univás aos familiares de pacientes do HCSL, a verificação da importância do atendimento psicológico a famílias enlutadas e levantamento de pontos que possam ser trabalhados e melhorados dos serviços já prestados.

Agradeço antecipadamente. Coloco-me à disposição para demais informações ou esclarecimentos, o meu contato é (35) 99956-2400 Ana Flávia Ribeiro de Andrade / (35)98405-7029 Cynthia Diana Ribeiro


CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Após tomar conhecimento da proposta do trabalho intitulado O PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR: O MANEJO DO LUTO ANTECIPATÓRIO COM FAMILIARES DE PACIENTES COM PROGNÓSTICO RESERVADO, autorizo a sua realização.


Pouso Alegre 14 de 4 de 2023.

Dr. Alexandre Ciappina Hueb
DIRETOR TÉCNICO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE POUSO ALEGRE


Diretor Técnico



Ana Flávia Ribeiro de Andrade



Cynthia Diana Ribeiro



João Antônio de Oliveira

Orientador

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a).....está sendo convidado(a) para participar da seguinte pesquisa: “O Psicólogo no Contexto Hospitalar: O Manejo do Luto Antecipatório com Familiares de Pacientes com Prognóstico Reservado” que tem como objetivo de analisar a necessidade da atuação do psicólogo no processo de luto antecipatório com familiares de pacientes hospitalizados com prognóstico reservado, verificando se há prestação de serviços psicológicos ao público em questão e quais são, de forma a contrapor a experiência e expectativas dos familiares com o resultado do serviço prestado.

Entende-se como luto antecipatório o processo de luto que ocorre antes da perda por morte, em que pode ocorrer em situações de internação e hospitalização. Trabalhar com o processo de luto antecipatório contribui com a uma melhor elaboração do luto, resolução de possíveis conflitos com o morrente e auxilia no desenvolvimento de rituais de despedida, de modo a diminuir riscos de complicação do processo de luto.

Este estudo está sendo realizado por Ana Flávia Ribeiro de Andrade e Cynthia Diana Ribeiro, alunas do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), juntamente com o pesquisador responsável, o professor pesquisador João Antônio de Oliveira.

Serão realizados, para aplicação da pesquisa, encontros com aproximadamente 50 minutos, em um período de um mês, através de encontros semanais. Os entrevistados serão direcionados à sala de Psicologia hospitalar do hospital, de forma a garantir conforto e sigilo dos envolvidos. As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, respeitando assim sua privacidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, o que garante sua autonomia. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista com áudio gravado, o qual será devidamente descartado após a transcrição das informações coletadas.

Os riscos relacionados a este estudo poderão gerar desconforto e/ou constrangimento, cansaço ou aborrecimento ao responder a entrevista, perder controle ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados e desconforto. Os benefícios poderão contribuir no processo de elaboração do luto antecipatório, a partir da prestação do acolhimento psicológico, tendo em vista a vulnerabilidade do público entrevistado, na qual as pesquisadoras envolvidas se comprometem em oferecer acolhimento necessário às demandas elucidadas no período de pesquisa, e se necessário será notificado o psicólogo responsável pelo setor, acerca da necessidade de atendimento imediato do entrevistado. Além disso, possibilita verificar e levantar pontos a serem trabalhados e melhorados dentro do serviço psicológico já prestado e promover a possibilidade de implementação e continuidade de um serviço prestado pelos acadêmicos da Univás.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que comprova a sua permissão. Será necessário à sua assinatura para oficializar o seu consentimento. Ele encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo(a) pesquisador(a) responsável, e a outra será fornecida para o senhor(a).

Para possíveis informações e esclarecimentos sobre o estudo, entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Univás pelo telefone (35)3449-9232, no período das 8h às 11h e das 13h às 16h de segunda a sexta-feira.

Ressalta-se que a sua valiosa colaboração é muito importante e, a seguir, será apresentada uma Declaração e, se o senhor(a) estiver de acordo com o conteúdo da mesma, deverá assiná-la, em duas vias, conforme já lhe foi explicado anteriormente.

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente do inteiro conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

NOME COMPLETO DO(A) PARTICIPANTE

ASSINATURA DO (A) PARTICIPANTE

ASSINATURA DO (A) PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL)

ANEXO C – Parecer do comitê de ética em pesquisa

A pesquisa teve seus procedimentos oficiais na submissão ao comitê de Ética em Pesquisa assinados pelo professor João Antônio de Oliveira, pois inicialmente ele esteve configurado como orientador do presente trabalho. Porém, ao ser desligado da instituição, o trabalho passou a ser orientado pelo professor Victor Hugo Sampaio Alves.

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR: O MANEJO DO LUTO ANTECIPATÓRIO COM FAMILIARES DE PACIENTE COM PROGNÓSTICO RESERVADO

Pesquisador: JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69239523.9.0000.5102

Instituição Proponente: ASSOCIACAO BRASILEIRA ODONTOLOGIA REGIONAL POUSO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.130.410

Apresentação do Projeto:

O processo de luto antecipatório passa a ser recorrente em casos envolvendo adoecimento e terminalidade, como em casos de pacientes com prognóstico reservado, principalmente no âmbito hospitalar. O presente trabalho visa a atuação do profissional psicólogo hospitalar no manejo do luto antecipatório dos familiares desses pacientes. Com o intuito de analisar a importância do trabalho dessa classe, a qualidade do serviço prestado, através de relatos envolvendo o processo de luto antecipatório das famílias. O estudo será realizado com dez famílias de setores sob dependência do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, a partir da aplicação de entrevistas semi-estruturadas, destacando-se o uso de relatos em uma perspectiva de experiência dos participantes. Pensando-se nas questões vividas pela família e em relação a perspectiva de morte iminente, na qual perpassa a necessidade de um profissional de saúde

Endereço: Av. Prefeito Tuany Toledo, 470; Sala 19A; Bloco Verde; Andar Térreo

Bairro: Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9248

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 5.130.410

qualificado para auxiliar no alívio da angústia e sofrimento desses familiares, em vista que tais reações podem influenciar nas condições do paciente. Além do mais, busca-se a resolução de conflitos e auxiliar a despedida, permitindo uma experiência de luto menos pungente. Palavras-chave: Psicologia hospitalar, luto antecipatório, vínculo familiar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Análise da necessidade da atuação do psicólogo no processo de luto antecipatório de familiares de pacientes hospitalizados com prognóstico reservado, verificando se há prestação de serviços psicológicos ao público em questão e quais são, de forma a contrapor a experiência e expectativas dos familiares com o resultado do serviço prestado.

Objetivo Secundário: Mapear os serviços oferecidos aos familiares de pacientes com prognóstico reservado em hospitalização no HCSL; Elucidar a necessidade de um manejo humanizado e sensibilizado aos familiares que se deparam com o fimar-se do ser;

•Compreender a noção de luto antecipatório nos familiares em questão; Validar a necessidade de implementação de novos serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O risco previsto no protocolo pode incluir desconforto e/ou constrangimento durante a conversa com os entrevistadores; cansaço ou aborrecimento ao responder questionários e perder o autocontrole ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados e desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio. Ressalta-se que devido a vulnerabilidade do público entrevistado, os pesquisadores envolvidos se comprometem a oferecer o acolhimento necessário às demandas elucidadas no período da pesquisa, e se necessário será notificado o psicólogo

Endereço: Av. Prefeito Tuany Toledo, 470; Sala 19A; Bloco Verde; Andar Térreo

Bairro: Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9248

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 6.130.410

responsável pelo

setor, acerca da necessidade de atendimento imediato do entrevistado.

Benefícios: Os benefícios desta pesquisa tangem tanto a comunidade usuária do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, quanto os estudantes da Faculdade de Ciências Médicas "Dr. José Antônio Garcia Coutinho" - UNIVÁS. Desta forma, prevê-se a promoção da continuidade e implementação de um serviço prestado pelos acadêmicos da Univás aos familiares de pacientes do HCSL, a verificação da importância do atendimento psicológico a famílias enlutadas e levantamento de pontos que possam ser trabalhados e melhorados dos serviços já prestados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa de elevada relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Vide lista de Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende aos pré requisitos conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2112818.pdf	25/05/2023 12:49:43		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_NOVO.docx	25/05/2023 12:21:16	JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_DE_PESQUISA_POR_INTEIRO_PSICOLOGIA_novo.docx	25/05/2023 12:20:19	JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. Prefeito Tuany Toledo, 470, Sala 19A, Bloco Verde, Andar Térreo

Bairro: Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9248

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 6.130.410

Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_POR_INTEIRO PSICOLOGIA_novo.docx	25/05/2023 12:20:19	JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.docx	25/05/2023 12:19:31	JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	CADASTRO_DO_PROJETO.docx	26/04/2023 11:00:38	JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_AUTORIZACAO_ASSINADA_PDF.pdf	26/04/2023 10:58:08	JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO_DO_TRABALHO.docx	26/04/2023 10:53:33	JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Digitalizado_202303291842_folhaassinada.pdf	30/03/2023 10:28:08	JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 20 de Junho de 2023

Assinado por:
Silvia Mara Tasso
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prefeito Tuany Toledo, 470, Sala 19A, Bloco Verde, Andar Térreo

Bairro: Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9248

E-mail: pesquisa@univas.edu.br