Especialização em
SAÚDE DA FAMÍLIA

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Caso complexo
Samuel

Fundamentação teórica
O luto na Estratégia Saúde da Família

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL
MAIS SAÚDE PARA VOCÊ

PROVAB
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

O LUTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pedro Onari

> Acho que para recuperar um pouco da sabedoria de viver seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da Morte. Mas, para isso, seria preciso abrir espaços em nossas vidas para ouvir a sua voz. (ALVES, Rubens, 1991, p. 65)

Introdução

O luto envolve uma ou mais perdas e as reações físicas, emocionais e comportamentais provocadas por essa perda. No curso de uma "vivência de perdas" deve ser realizado um luto, o que Freud (1916) assim define: "uma reação à perda de um ser amado ou de uma abstração equivalente, a pátria, a liberdade, o ideal etc.". As perdas provocam uma reação individual e única e iniciam um processo de luto, na tentativa de reorganizar a vida do indivíduo que ficou abalada e modificada pela nova situação. O luto é um trabalho psíquico que consiste em elaboração dessa perda, em abandonar as relações com o objeto perdido. Na Saúde da Família, é uma realidade diária dos profissionais das equipes de Atenção Básica.

No entanto, desde Freud, vêm sendo apontadas dificuldades nesse processo, que requer um tempo de elaboração e transformação que atinge o indivíduo e a realidade psíquica, desestruturada pela falta do perdido. No decorrer desse processo, podem ser manifestos vários sintomas, que Freud (1916) assim descreve: "(...) estado profundamente doloroso, desaparecimento do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de todas as funções". Segundo Parkes (1998), o luto pode ser entendido como uma importante transição psicossocial, com impacto em todas as áreas de influência humana. Diante da incapacidade de resignificar a vida, a pessoa pode perder a vontade de trabalhar e ficar desempregada, acarretando dificuldades financeiras que gerarão perdas na qualidade de vida, e assim sucessivamente. Dessa forma, uma perda não elaborada gera uma sucessão de novas perdas num processo cíclico de autodestruição. O caos instalado de maneira abrupta precisa retornar a certo grau de equilíbrio para que a pessoa siga sua vida da melhor maneira possível. Mas, muitas vezes, a pessoa não consegue encontrar um ponto de reequilíbrio e se perde dentro do processo de luto, ficando presa ao sofrimento. O luto deixa de ser uma reação natural adaptativa e passa a ser uma prisão geradora de mais dor e novas perdas.

Parkes (1998) refere pesquisas sobre as diferenças nas respostas do luto. Cita autores que estudam a vulnerabilidade e o alto risco de mulheres que perdem seus filhos. Menciona estudos sobre diferentes manifestações emocionais e a realização de rituais em várias culturas. Parkes, Laungani e Young publicaram em 1997 o livro *Death and bereavement across the cultures*, no qual abordam os principais temas e rituais de várias culturas, entre as quais a hindu, a budista tibetana, a judaica, a cristã e a islamita. Kastembaun (1981) se refere a fatores de risco para luto complicado no caso de pessoas idosas, principalmente quando perdem seus filhos adultos.

Devido a diversidades de respostas quanto à perda e ao luto, é fundamental que a equipe de saúde saiba reconhecer as fases do processo de luto para identificar precocemente as situações de risco, para que o processo seja o mais natural possível e auxilie a pessoa a retomar sua vida.

O luto

Bromberg (2000) aponta o luto como um conjunto de reações a uma perda significativa e pontua que nenhum é igual ao outro, pois não existem relações significativas idênticas. Worden (1998) lista categorias no processo de luto normal, dividindo-as em:

- Sentimentos: tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, choque, anseio, emancipação, alívio e estarrecimento;
- Sensações físicas: vazio no estômago, aperto no peito, nó na garganta, hipersensibilidade ao barulho, sensação de despersonalização, falta de ar (respiração curta), fraqueza muscular, falta de energia e boca seca;
- Cognições: descrença, confusão, preocupação, sensação de presença e alucinações;
- Comportamentos: distúrbios de sono, distúrbios do apetite, comportamento aéreo, isolamento social, sonhos com a pessoa que morreu, evitar lembranças do falecido, procurar e chamar pela pessoa, suspiros, hiperatividade, choro, visitar lugares e carregar objetos que lembrem o falecido.

Essas alterações ocorrem todas ao mesmo tempo, variando sua intensidade de acordo com cada pessoa. Podemos também reconhecer algumas fases do processo de enlutamento que podem variar de acordo com cada autor. Para fins didáticos, podemos apresentar resumidamente a proposta de Bromberg (2000):

- Entorpecimento: dura até uma semana, mesclado por acessos de raiva e tristeza.
- Anseio ou protesto: emoções fortes e agitação física. O enlutado fica à procura da pessoa perdida.
- Desespero: é a fase mais difícil, lenta e dolorosa, provocando apatia, depressão e desmotivação pela vida.
- Recuperação: sentimentos positivos e adaptação às mudanças, tornando possível o investimento afetivo em novas situações ou figuras de apego.

É necessário que a equipe saiba o que é um luto normal, para que consiga reconhecer os desvios do padrão que necessitem de um suporte ou intervenção terapêutica. Segundo Kubler-Ross (2000), após estudos de pacientes com câncer, há alguns estágios do luto:

1) Negação e isolamento;
2) Raiva;
3) Barganha;
4) Depressão;
5) Aceitação.

Durante todos esses estágios, resta a esperança, que aparece com intensidade crescente à medida que o luto é trabalhado.

Rando, citado por Franco (2008), descreve que o enlutado passa naturalmente por fases que podem ser assim resumidas:

- Reconhecer a perda;
- Reagir emocionalmente à separação;
- Recordar o relacionamento, objetos, fotos etc. e reexperienciar a pessoa perdida;
- Abandonar velhos apegos e elaboração da perda;
- Reajustar para se mover adaptativamente ao novo sem esquecer o velho;
- Reinvestir.

Quando essas fases não ocorrem ou são incompletas, temos o luto complicado, antigamente denominado de luto patológico, que Parkes (1998) agrupa em:

- Luto crônico: prolongamento indefinido do luto;
- Luto inibido: ausência dos sintomas do luto normal;
- Luto adiado: sem reações imediatas à morte, apresentando mais tarde sintomas de luto distorcido;
- Luto não reconhecido: ídolos, amantes e aborto.

Segundo o autor, uma avaliação cuidadosa é necessária em todos os casos, já que muitos profissionais não estão preparados para lidar com esse problema. Segundo Rando (1992/1993), há consequências sérias quando não se cuida de pessoas que apresentam risco para processos de luto complicado. É fundamental:

- Identificar fatores de risco;
- Delinear tendências socioculturais e tecnológicas que possam exacerbá-los;
- Observar o que é necessário ser trabalhado para se evitar um luto complicado.

Kóvacs (2003) descreve que o tipo de morte pode afetar a forma de elaboração do luto. Suicídios e acidentes são as mais graves, pelos aspectos de violência e culpa que provocam. Por outro lado, as mortes de longa duração, com muito sofrimento, podem também ser desgastantes. Entre os fatores complicadores desse processo, deve ser considerada a relação anterior com o falecido, principalmente a que envolve ambivalência e dependência, problemas mentais e percepção da falta de apoio social. O luto envolve múltiplos fatores que podem dificultar a sua elaboração: perdas múltiplas (morte de várias pessoas da mesma família), perdas invertidas (filhos e netos que morrem antes de pais e avós), presença de corpos mutilados, desaparecimento de corpos e cenas de violência.

Existem algumas variáveis que podem agir como facilitadores ou afetar adversamente nos processos de luto das famílias. Franco (2008) descreve fatores que podem interferir significativamente no processo de morte e luto:

- Natureza e significados relacionados com a perda;
- Qualidade da relação que se finda;
- Papel que a pessoa à morte ocupa no sistema familiar/social;
- Recursos de enfrentamento do enlutado;
- Experiências prévias com morte e perda;
- Fundamentos culturais e religiosos do enlutado;
- Idade do enlutado e da pessoa à morte;
- Questões não resolvidas entre a pessoa à morte e o enlutado;
- Percepção individual sobre o quanto foi realizado em vida;
- Perdas secundárias, circunstâncias da terminalidade.

Segundo Parkes (1998), nos casos de luto patológico, o enlutado deve receber tratamento psicoterápico, encorajando a pessoa a expressar seu pesar e superar suas fixações ou bloqueios para que possa se aperceber do que acontece e daí reaprender o mundo.

Rando (1992/1993) afirma que alguns processos são importantes para elaboração do luto, entre os quais:

- Reconhecer o luto;
- Reagir à separação;
- Recolher e revivenciar as experiências com a pessoa perdida;
- Abandonar ou se desligar de relações antigas;
- Reajustar-se a uma nova situação;
- Reinvestir energia em novas relações.

Há alguns sinais que podem auxiliar a reconhecer a boa evolução ou até mesmo o término do luto, como:

- Lembrar e falar do falecido sem dor e sem tristeza;
- Não ter manifestações psicológicas e físicas;
- Reorganização da vida;
- Adaptação a novos papéis.

Para o futuro, Parkes (1998) sugere a criação de instituições para prestar cuidados durante o adoecimento e após a morte, o desenvolvimento de programas de cuidados paliativos e os *hospices*, garantindo-se a especificidade dos trabalhos, que atendam às necessidades de cada população.

De posse do conhecimento das fases de evolução do luto, seus fatores de risco e sua complicação, a equipe deve iniciar medidas profiláticas de apoio, principalmente ao mais prejudicado ou com dificuldade de retomar a vida.

Discussão

A Estratégia Saúde da Família e o luto

É importante reconhecer que sentimentos de perda e de luto podem ser despertados na equipe de saúde. Tais sentimentos de contratransferência podem prejudicar o acolhimento e o auxílio, gerando distanciamento da equipe, que não se vê capaz de lidar com o luto ou morte e acaba evitando o contato ou rapidamente encaminhando o paciente.

Muitas vezes, com a rotina, pode vir a indiferença à dor da pessoa, com consequente incapacidade de sentir a sua dor, mantendo o foco nas doenças e não nas pessoas, o que cria uma relação fria e distante. É comum a inabilidade dos profissionais de saúde em enfrentar a morte, e principalmente em lidar com questões não biológicas, buscando fugir do vínculo e mantendo uma relação exclusivamente técnica e distante.

A Estratégia de Saúde da Família possibilita um ótimo espaço para acompanhar o processo de luto pela visão multidisciplinar do indivíduo e da família em todas as suas dimensões. O conhecimento da realidade de vida atual e pregressa da pessoa enlutada é fundamental. A equipe de Saúde da Família tem a oportunidade de conhecer a casa das pessoas, as relações familiares existentes, compreender melhor o grau de impacto da perda por estar próxima ao local, no bairro e na comunidade.

Mas, para que todo esse potencial seja utilizado, os membros das equipes precisam estar sensibilizados e ter seu olhar humano e acolhedor preparado para o indivíduo enlutado, o processo de luto e suas demandas. Quando digo equipe, refiro-me a todos, sem exceção: o agente comunitário de saúde pode trazer informações riquíssimas de como a família está vivendo e pode ser a ponte de vínculo da equipe com a família; uma pessoa que procura a Unidade de Saúde com vontade de aferir a pressão pode ser um pedido velado de ajuda, que será ou não valorizado pelo profissional, que pode simplesmente realizar o procedimento e dar a conduta técnica apropriada ou questionar o motivo que levou a pessoa a querer aferir a pressão, os medos, as dúvidas e, pela escuta ativa e sensibilidade, acolher essa pessoa, reconhecendo que ela está em processo de luto; a auxiliar de enfermagem em campanha de vacinação domiciliar pode ser a primeira pessoa a ter contato com o sofrimento e a constatar uma anormalidade.

Todos da equipe, quando treinados para reconhecer e acompanhar o luto, podem contribuir para alertar a equipe de Saúde da Família, em que os olhares de cada membro poderão enriquecer muito a compreensão do todo, através de um Projeto Terapêutico Singular para a pessoa enlutada e a família.

Instrumentos necessários: saber ouvir e acolher

O objetivo da equipe de saúde deve ser auxiliar na reconstrução da identidade e da vida do enlutado, auxiliando-o no exercício de novos papéis, mas para tal é preciso conhecê-lo de maneira ampla. Alguns princípios de como abordar o enlutado:

1) Deixar falar sobre a perda é o melhor remédio.
2) Ouvir, confortar, e não tentar conformar.

No luto, uma das coisas mais importantes que podemos fazer por alguém que sofre uma grande perda é escutar. Uma maneira muito rica para compreender a nova dinâmica familiar é ouvir cada indivíduo do grupo familiar enlutado. Embora se acredite que escutar alguém seja uma coisa relativamente fácil de fazer, prestar atenção, nesse caso, pode tornar-se muito difícil. Escutar ativamente é uma forma especial de responder, por meio da qual quem ajuda transmite a sua compreensão das ideias e sentimentos que estão sendo expostos. Escutar o outro e entender o que o outro diz, do ponto de vista dele. Compreender bem o que o outro lhe diz. E isso, muitas vezes, não se demonstra com a sua fala e com o seu ponto de vista sobre o assunto. Um aceno de cabeça, um olhar, uma resposta não verbal, é o que na maioria das vezes basta.

A partir do acolhimento, construir o genograma completo da família, incluindo informações de como cada membro está lidando com o luto. Utilizando o genograma, com visualização gráfica da situação, fica mais claro e fácil reconhecer quais são os indivíduos de risco, que não estão conseguindo passar pelo processo de luto, quais os conflitos nas relações, quais novas perdas foram geradas, e assim ter uma visão completa do processo individual de luto e da resultante familiar de todo o processo. Pelo genograma também podemos estabelecer prioridades e discutir de maneira mais prática e eficaz o que fazer e como acompanhar a família.

Já pelo ecograma, conhecemos as redes de apoio social da região e quais podem ser usadas pela família. Saberemos as opções de lazer da família, se tem apoio de sua comunidade religiosa e qual a nova relação daquela família com o bairro e a comunidade.

Como ajudar o enlutado ou a família? A melhor maneira é estar junto à pessoa e estabelecer um vínculo de apoio, e cabe à equipe toda definir de que forma realizá-lo. Algumas sugestões:

- Estimular ajuda mútua entre os familiares;
- Estimular suporte nas redes sociais, igrejas, clubes, grupos de arte etc.;
- Aconselhamento individual e/ou familiar;
- Grupo de apoio;
- Psicoterapia individual e/ou familiar;
- Acompanhamento conjunto com profissional da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Cada indivíduo tem o seu tempo, sendo impossível prever a duração e a intensidade do luto. Mas dificilmente a elaboração ocorre num período menor que um ano.

Conclusão

O espaço da Saúde da Família é único por valorizar o vínculo longitudinal, permitindo uma relação mais completa, humana, acolhedora e resolutiva. A Estratégia de Saúde da Família possui a ferramenta tecnológica mais importante no auxílio à família enlutada: os profissionais dispostos a ouvi-la. Portanto, a equipe deve criar espaços para cultivar essa sensibilidade e mantê-la em alerta para a escuta de compreensão dos sentimentos da pessoa em luto. O sucesso do Projeto Terapêutico Singular é a adaptação positiva do indivíduo e da família aos novos papéis que cabem a cada membro da família, agora sem a presença física do indivíduo falecido.

Referências

ALVES, R. **A morte como conselheira**. In: CARSOLA, R. M. S. (Org.). Da morte: estudos brasileiros. São Paulo: Papirus, 1991, p. 65-76.

BROMBERG, M. H. P. F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Campinas: Editorial Psy II, 2000.

FRANCO, M. H. P. **Luto em cuidados paliativos**. In: Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.

FREUD, S. **Obras completas de Sigmund Freud – A Tristeza e a Melancolia**. São Paulo: DELTA. S. A, 1916.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**. Psicologia, Ciência e Profissão, n. 25, v. 3, p. 484-489, 2005.

KASTEMBAUN, R. **Velhice** - anos de plenitude. São Paulo: Editora Huper & Row do Brasil Ltda, 1981.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Trad. P. Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PARKES, C. M. **Luto**: estudo sobre a perda na vida adulta. Summus Editorial: São Paulo, 1998.

RANDO, T. **The increasing prevalence of complicated mourning**: The onslaught is just beginning. Omega: Journal of Death and Dying, n. 26, p. 43-59, 1992/1993.

WORDEN, W. W. **Terapia do luto**: um manual para o profissional de saúde mental. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Bibliografia consultada

ANGEROMI-CAMON, V. A. **O resignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde**. In: _____. Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2006, p. 7-23.

CALLANAN, M.; KELLEY, P. **Gestos finais**: compreendendo a consciência, necessidades e mensagens dos doentes terminais. São Paulo: Nobel, 1994.

FERREIRA, M. L. **Medicina paliativa e atendimento psicológico-hospitalar**. Psicologia Clínica, n. 6, v. 1, p. 163-172, 2004.

GIMENEZ, M. G.; CARVALHO-MAGUI, M. M. M. J.; CARVALHO, V. A. **Um pouco da história da Psico-oncologia no Brasil**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2006, p. 48-72.

HENNEZEL, M. **La morte intima los que van morir nos enseñam a viver**. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana, 1995.

_____. **Bioética nas questões da vida e da morte**. Psicologia USP, n. 2, v. 14, p. 115-167, 2003.

KOVÁCS, M. J. **Bioética nas questões da vida e da morte**. Psicologia USP, n. 2, v. 14, p. 115-167, 2003.

MORAIS, R. **Homem e morte**: visão antropológico-filosófica e senso comum. In: REZENDE, V. L. (Org.). Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Editora da Unicamp, 2000, p. 95-104.

PIERRE, C. **A arte de viver e morrer**. São Paulo: Ateliê Editorial, 1998.

REZENDE, V. L. **Os últimos momentos**: abordagem psicológica para pacientes terminais: In: _____. (Org.). **Reflexões sobre a vida e a morte**: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Editora da Unicamp, 2000, p. 69-77.

SCHRAMM, F. R. **Cuidados paliativos**: aspectos filosóficos. Revista Brasileira de Cancerologia, n. 45, v. 4, p. 57-63, 1999.

TORRES, W. C. A. **Bioética e a Psicologia da Saúde**: reflexões sobre questões de vida e morte. Psicologia: Reflexão e Crítica, n. 3, v. 16, p. 475-482, 2003.