

**UNEPSI – UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA
EM PSICOLOGIA E PSICANÁLISE**

**EPSI – ESPAÇO PSICANALÍTICO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

MARIA EUNICE SANTOS RIBEIRO

**LUTO ANTECIPATÓRIO:
IMPLICAÇÕES E DESDOBRAMENTOS
NO TRABALHO PSÍQUICO**

JOÃO PESSOA

2023

MARIA EUNICE SANTOS RIBEIRO

**LUTO ANTECIPATÓRIO:
IMPLICAÇÕES E DESDOBRAMENTOS
NO TRABALHO PSÍQUICO**

Trabalho de Especialização apresentado ao Espaço Psicanalítico (EPSI), como requisito para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a Dra. Nara Cristina Macedo de Figueiredo.

JOÃO PESSOA

2023

MARIA EUNICE SANTOS RIBEIRO

**LUTO ANTECIPATÓRIO:
IMPLICAÇÕES E DESDOBRAMENTOS
NO TRABALHO PSÍQUICO**

Trabalho de Especialização apresentado ao Espaço Psicanalítico (EPSI), como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em 02 de junho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Nara Cristina Macedo de Figueiredo
Orientadora

Prof.^a. Esp. Glória de Fátima Carvalho de Barros
Avaliadora

Prof.^a. Dra. Maria Neuma Carvalho de Barros
Avaliadora

JOÃO PESSOA

2023

AGRADECIMENTOS

Ao Deus, em que acredito, aquele que não pune, mas que dá forças para enfrentarmos as adversidades da vida.

A Nara Macedo, por ter seguido comigo e contribuído, com maestria nos seus comentários, áudios, encontros, diversas colocações preciosas, para que eu desenvolvesse um bom trabalho.

Aos colegas da Especialização, que sempre possibilitaram ricas discussões em sala de aula. Espero ter tecido em vocês, fios de afeto semelhantes a uma costura repleta de admiração e sensibilidade.

À minha filha Karielle Ribeiro, por dividir comigo a parceria no Projeto Café com PaliAÇÃO, trazendo para a sociedade, a importância de se falar sobre Cuidados Paliativos, Morte, Luto e Direito à Dignidade Humana.

Aos amigos da Psicologia, que compartilharam e abraçaram comigo a causa no Projeto Psicologia Solidária PE, cuidando dos muitos lutos simbólicos e concretos, pelo momento pandêmico que vivemos: Cleiçon Graf, Claudeildo Tavares, Francisca Bitú, Júlia Maria, Rosana Miranda e Thaís Duarte.

Agradeço também desde já à banca examinadora, por acolher a pesquisa e contribuir com suas considerações, no tema que para mim representa uma etapa sagrada.

Todas as palavras que não puderam ser ditas, todas as cenas que não puderam ser lembradas, todas as lágrimas que não puderam ser vertidas, serão engolidas, assim como, ao mesmo tempo, o traumatismo, causa da perda. Engolidas e postas em conserva. O luto indizível instala no interior do sujeito uma sepultura secreta.

Abraham e Torok

RESUMO

O trabalho psicanalítico associado à elaboração do luto antecipatório está sujeito a muitas variáveis, para que seja manifestado e vivenciado de forma singular e irrepetível para cada pessoa. Há fatores pessoais, sociais e culturais envolvidos nesse processo, que possui dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais quanto à elaboração de uma perda. Sendo assim, a presente pesquisa, tem como objetivo geral, identificar possíveis implicações e desdobramentos do luto antecipatório à luz da psicanálise e da abordagem de cuidados paliativos, acerca do paciente e familiares no diagnóstico de doenças graves e ameaçadoras da vida. Quanto aos objetivos específicos, compreender o processo de luto à luz da psicanálise, caracterizar o luto antecipatório no trabalho psíquico, iniciado no diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora da vida e investigar a vivência de quem recebe cuidados paliativos, sem expectativa de terapêutica modificadora da doença e dos familiares envolvidos no processo de cuidado. O embasamento teórico da pesquisa em questão foi a psicanálise, abordando autores como Sigmund Freud, Donald Winnicott, Murray Parkes e Kübler Ross, estes dois últimos com um protagonismo na compreensão psicodinâmica do processo de luto. Assim, o embasamento teórico buscou estabelecer a compreensão acerca da elaboração de um luto instaurado nas perdas que o adoecimento e o diagnóstico grave e ameaçador da vida instauram, eclodindo o sofrimento. Considera-se que, nesse processo, além dos estágios que podem ser vivenciados, o medo da morte se torna presente desde o diagnóstico.

Palavras-chave: Luto antecipatório; Cuidados paliativos; Vida; Morte; Psicanálise.

ABSTRACT

The psychoanalytic work associated with the elaboration of anticipatory mourning is subject to numerous variables, allowing it to be expressed and experienced in a unique and unreproducible manner for each individual. Various personal, social, and cultural factors are involved in this process, which encompasses physical, psychological, social, and spiritual dimensions in relation to coping with a loss. As a result, the primary objective of this research is to identify potential implications and outcomes of anticipatory mourning from the perspectives of psychoanalysis and palliative care, concerning both patients and their families in the diagnosis of severe and life-threatening illnesses. In terms of specific objectives, this research aims to comprehend the grieving process through the lens of psychoanalysis, to characterize anticipatory mourning within the realm of psychological work, initiated at the point of diagnosing a severe and life-threatening illness. Furthermore, it seeks to investigate the experiences of individuals undergoing palliative care, without the expectation of treatments that alter the course of the disease, as well as the involvement of family members in the caregiving process. The theoretical framework for this research is rooted in psychoanalysis, encompassing authors such as Sigmund Freud, Donald Winnicott, Murray Parkes, and Kübler Ross; the latter two are particularly influential in the psychodynamic understanding of the mourning process. Hence, the theoretical foundation strives to cultivate an understanding of how mourning is established within the context of losses resulting from illness and the grave, life-threatening diagnosis, ultimately giving rise to suffering. Within this process, alongside the stages that can be experienced, the fear of death becomes pronounced upon diagnosis.

Keywords: Anticipatory mourning; Palliative care; Life; Death; Psychoanalysis.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2 | PRODUÇÃO TEÓRICA..... | 10 |
| 2.1 | COMPREENSÃO DO LUTO NA PSICANÁLISE..... | 10 |
| 2.2 | CARACTERIZANDO O LUTO ANTECIPATÓRIO..... | 14 |
| 2.3 | VIVÊNCIA DO PACIENTE E DE SEUS FAMILIARES SOBRE O LUTO ANTECIPATÓRIO..... | 18 |
| 3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 25 |
| | REFERÊNCIAS..... | 27 |

1 INTRODUÇÃO

Viver as perdas é uma experiência dolorosa, especialmente quando há a ameaça da morte, o que normalmente poderá se apresentar como uma situação de difícil elaboração.

É importante compreender como os cuidados paliativos se caracterizam, ao longo da evolução da história, como ação terapêutica, e, no cuidado com o luto, com destaque para o antecipatório.

Dessa forma, a pesquisa tem os objetivos de identificar possíveis implicações e desdobramentos do luto antecipatório à luz da psicanálise e da abordagem de cuidados paliativos, acerca do paciente e familiares no diagnóstico de doenças graves e ameaçadoras da vida. Outro ponto importante da pesquisa é discorrer sobre a forma peculiar como o paciente e seus familiares processam psiquicamente a experiência do luto antecipatório, uma vez que ele pode vir a ser uma vivência traumática.

A experiência do luto pode se estender a todas as dimensões da vida familiar. Neste sentido, a pesquisa terá o desafio de perceber de que forma os cuidados paliativos irão interferir, como elemento-chave, no manejo dessa fase do enlutado e quais os elementos que dificultam ou facilitam tal realidade.

Em relação à metodologia, foi realizada uma pesquisa teórica em psicanálise a partir dos temas principais deste estudo: luto antecipatório, psicanálise e cuidados paliativos. Foram realizadas pesquisas bibliográficas que distinguissem conceitualmente *o luto natural e o luto complicado* corroborando a relevância dos questionamentos sobre o trabalho do luto antecipatório, numa perspectiva de convergência entre a investigação clínica e produção teórica.

Para dar sustentação à teoria traremos pequenos fragmentos clínicos ao nosso argumento teórico. Tais fragmentos advieram da nossa experiência clínica tecida de reflexões em alguns dos atendimentos de acompanhamento do luto.

2 PRODUÇÃO TEÓRICA

2.1 COMPREENSÃO DO LUTO NA PSICANÁLISE

Em *Luto e Melancolia*, o texto apresentado por Freud em 1917, analisa a questão da perda levando a efeito a proposta de distinguir o luto da melancolia, apresentando o primeiro como necessário para a perda real e, dessa forma, como uma necessidade de elaboração psíquica, enquanto a melancolia estaria caracterizada por um desânimo profundamente penoso e perda de interesse pelo mundo externo e pela possibilidade de amar. Muitos dos traços mentais que estão presentes na melancolia poderão se apresentar no luto. Uma distinção muito significativa entre os dois estados de tristeza está presente na perturbação da autoestima, que é totalmente ausente no luto (FREUD apud FRANCO, 2021).

No contexto do luto Franco (2021, p. 61) define este processo como “a reação à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que tenha ocupado esse lugar, como seu país, a liberdade, um ideal”.

Franco (2021) considera que a natureza dos afetos trazidos pela vivência da melancolia será apresentada como um sentimento profundo, onde a pessoa perde o interesse pelo mundo externo e a capacidade da escolha de um novo objeto de amor. Quanto a isso, faz-se necessário reorganizar o empobrecimento da falta do objeto perdido evidenciando que na melancolia há uma identificação da pessoa com o objeto perdido (FRANCO, 2021). Tal experiência é diferente do luto, em que o investimento objetal precisará se deslocar para outro objeto, retornando de volta para a pessoa.

O enlutado nas suas condições de sofrimento, precisará em seu trabalho de luto, investir, desinvestir e reinvestir no que representa o objeto perdido, quando assim ao final o “eu”, ficaria livre para novos investimentos. Enquanto na melancolia, não há a distinção do que foi perdido, o que poderá ser sugerido nesse caso uma disposição patológica. Nessa distinção, Freud, enfatiza sua posição de que o luto, mesmo exigindo mudanças nas posturas em relação à vida, não é uma condição patológica que requeira qualquer interferência terapêutica (FRANCO, 2021).

Nessa compreensão, o texto coloca o luto como um processo de elaboração que, com o tempo, seria naturalmente superado após certo intervalo, motivo pelo qual perturbá-lo é inapropriado, até mesmo prejudicial (FREUD apud FRANCO, 2021). A vivência da perda no luto é consciente, concreta e real. É preciso que a energia que era depositada em algo ou alguém seja deslocada e esse movimento não é possível na melancolia. É um gasto de energia impossível de acontecer.

Outro ponto significativo que ainda é enfatizado por FREUD apud FRANCO (2021), aponta que mesmo após a perda, a existência do objeto perdido se prolonga na psique, havendo uma hipercatexia desse objeto. O trabalho do luto leva o Eu a renunciar ao objeto, declarando-o morto e oferecendo ao Eu o prêmio de continuar vivo. FREUD apud FRANCO (2021).

Muito importante também ressaltar, em relação ao tempo do luto, que não existe uma regra fixa, tendo em vista que muitos fatores entrarão em cena, seja no momento de um diagnóstico difícil, recidiva desse diagnóstico por metástase ou mesmo morte, para cada enlutado. Os recursos de enfrentamento dessa perda serão singulares. Cada pessoa saberá dimensionar sua dor e arregimentar os seus recursos para enfrentá-la. O luto é explicado nessas circunstâncias como um processo mental destinado à instalação de uma perda significativa a ser elaborada.

Ainda nesse contexto o trabalho do luto consiste no teste da realidade onde são estabelecidos contatos com o mundo real, constatando que o objeto perdido não existe mais e essa perda representa o desmoronamento de todo o mundo interno que deverá ser reintegrado no retorno desse mundo que fora desconstruído pelo evento dessa perda. FREUD apud FRANCO (2021), reitera que o trabalho do luto se realiza, de forma que toda libido é retirada das ligações com o objeto amado, sendo mostrado que esse objeto não existe mais. O emblemático nesse trabalho é que as pessoas têm dificuldade em abandonar esse lugar.

Ainda retomando ao tempo necessário para esse trabalho, existe um período considerado essencial para que a pessoa possa fazer a elaboração. Esse período não pode ser artificialmente prolongado ou reduzido, uma vez que o luto demanda tempo e energia para ser concluído. Costuma-se considerar que o primeiro ano é importantíssimo para que a pessoa enlutada possa passar pela primeira vez, por experiências e datas significativas enfrentando a ausência da pessoa que morreu. (MAGDALENO JÚNIOR, 2016).

No luto o processo é lento e doloroso, nada existe de inconsciente a respeito da perda, o enlutado sabe exatamente o que perdeu e não pode ser considerado patológico, não existe patologia no luto. Nesse contexto, o autor de Luto e Melancolia, explica o conceito como uma reação à perda, um fenômeno natural e constante durante o desenvolvimento humano.

Um ponto significativo evidenciado por Klein (1940), sobre o processo de luto está na capacidade de reparação quanto ao estabelecido e vivido no início da vida, uma mãe boa dentro de si que o ajuda a reestruturar essa perda avassaladora e os intensos sentimentos de ódio que dela resulta. Para essa autora, o trabalho do luto é a tentativa de empreender as reparações. (MAGDALENO JÚNIOR, 2016)

Em uma posição teórica diferente, Santos (2009) refere que o luto sempre chega em forma de negação, que aparece na forma de evitação do fato responsável pelo sofrimento mental, ou seja,

o sujeito se defende, adiando o processo de elaboração e reestruturação da própria vida. O mesmo autor afirma que a elaboração do luto pode ser verificada na manifestação do pesar que o sujeito adote.

Nesse contexto, Kovács (2002), ressalta que durante o processo de luto podem ocorrer identificações com o morto, já que o enlutado pode começar a fazer coisas que o outro gostava. Podem ocorrer conflitos e mal-estares quando a pessoa se percebe fazendo coisas que nunca fazia e talvez nem gostasse. A identificação pode ocorrer também quando o enlutado passa a manifestar os mesmos sintomas do falecido. Esses comportamentos podem ser indicativos de que o indivíduo está fora da realidade. Por isso que no luto normal descrito por Freud não há identificação com o objeto que morreu.

Franco (2021), apresenta similaridade do luto entre indivíduos ou grupos, mas sempre terá um cunho particular e frisa que a tentativa de padronização trará resultados desfavoráveis à sua compreensão. Esclarece nessa perspectiva, que enquanto a cultura cita regras, a herança biológica apresentará limite, o psiquismo atuará com o simbolismo e a cognição vai racionalizar, tudo na construção de um significado. Nisso tudo cabem muitas especificidades com todas as suas manifestações e experiências.

No que concerne ao adoecimento da pessoa, o sofrimento já inicia no diagnóstico com o sentimento atravessado pela morte e, nesse contexto, sofrem paciente e familiares. O que ocorre nesse primeiro momento é uma morte anunciada (KOVÁCS, 2002) e, portanto, a vivência do luto antecipatório, o que nos convoca a pensar sobre atuação do psicólogo nesse momento. O foco de atendimento deverá ser o paciente e os familiares.

Winnicott também nos traz contribuições relevantes em relação a esse foco e à atuação nesse momento de intervenção do luto. Ele enfatiza a experiência da morte por dois momentos, um pelo contato com a finitude do outro, pela experiência de um animal que morrerá ou um brinquedo que quebrará e perderá a funcionalidade. Nos dois eventos experienciados será impressa a noção de morte e nesses casos poderemos ilustrar com a morte concreta e simbólica. (ZACARIAS, 2021).

Ainda nesse contexto da dificuldade do profissional que atenderá essa demanda, o foco precisará ser observado no indivíduo e familiares. Isso se deve às suas dificuldades de ser/estar no mundo, recebendo o diagnóstico avassalador da doença potencialmente ameaçadora da vida, como a “morte anunciada”. Reagindo assim, à intrusão do meio com o intuito de evitar a aniquilação de si mesmo.

Cabe a cada profissional dedicado nessa atuação ter uma postura acolhedora, confiável e acima de tudo viva, constante e ativa durante as medidas interventivas. O processo do luto antecipatório deverá ser singular pela composição dessas diferentes estruturas. Sendo assim,

muitos dos construtos winnicottianos como o conceito de holding, continuidade de ser, invasão e/ou sustentação ambiental, sentidos de fé, verdadeiro self, têm importantes contribuições na compreensão do luto antecipatório, mesmo não tendo como foco a busca de respostas à compreensão no processo de enlutamento (ZACARIAS, 2021).

Retomando ainda a preciosa contribuição de Winnicott, o recorte relevante da teoria desse autor está em como foi vivida a primeira experiência da morte/perda, que irá reverberar nas posteriores.

Nessa perspectiva, fala-se das experiências primárias, de como o indivíduo foi cuidado nessas primeiras fases de desenvolvimento. Esse processo de integração e desintegração será basal para viver a perda/morte e construir um clima de confiança em relação à vida, alimentando a esperança do que virá depois do acontecimento intrusivo (ZACARIAS, 2021).

Não estamos autorizados a afirmar que, para o indivíduo, um holding suficientemente bom no início da vida será o bastante para que ele não se sinta ameaçado ante a perda vivenciada em um luto antecipatório. O que poderá ser percebido é que a integração do self vai oportunizar uma maior flexibilização e adaptação para sustentar as dificuldades que serão apresentadas na fragilidade instalada pelo diagnóstico ameaçador potencial da vida.

Muito se tem pesquisado sobre as formas de conceituar esse processo de luto e quais fatores teriam papel significativo nesse caminho de resultados, o que Parkes (2009), evidencia como fundamental alguns fatores como preditores de riscos tais como: vulnerabilidade pessoal do enlutado, a relação com a pessoa falecida, eventos e circunstâncias que levaram à morte, bem como a morte em si e o apoio social e outras circunstâncias após a morte.

E nisso tudo, restaura-se, a necessidade de se conhecer a história e detalhes do enlutado e como foi construída sua identidade. A subjetividade não poderá ser encaixada em um padrão preestabelecido. Nessa compreensão, destaca-se a importância no curso do processo do luto antecipatório que poderá para algumas famílias ser um facilitador ou complicador do luto pós óbito.

Parkes (1998), ressalta que todo ser humano tem reações diferentes ao elaborar o luto, pois elas dependem do significado que cada perda representa na singularidade de cada um, que poderão variar em intensidade e grau, afetando ou não as relações pessoais e sociais. Ainda evidencia que é importante que se entre em contato com sua dor, mesmo que familiares e amigos exijam uma recuperação rápida.

Compreendendo que “cada coisa tem sua hora e cada hora seu cuidado”, nas palavras de Rachel de Queiroz (2005), oportunizar que pessoas com doenças graves e potencialmente ameaçadoras da vida recebam na abordagem de Cuidados Paliativos o acolhimento do seu luto de

forma antecipatória é resgatar o sentido na força da expressão paliativo que do latim vem de pallium, manto que cobre e protege.

Uma vez estabelecida a necessidade dessa proteção, se faz necessário saber caracterizar esse trabalho para que um plano de cuidado seja elaborado com o objetivo de ser prevenção de sofrimento relacionado à etapa que se segue nessa construção de significado, no que veremos a seguir.

2.2 CARACTERIZANDO O LUTO ANTECIPATÓRIO

Antes de caracterizar o luto antecipatório é preciso discorrer sobre o que é o luto, que de acordo com Longaker (1998), expressa a palavra “luto”, como um estado emocional de “estar”. Em Gauderer (1998), o luto se caracteriza por um processo doloroso, porém normal, pelo qual precisamos passar para um novo momento.

E nesse discorrer, Worden (1998), afirma que o luto é considerado um processo e não um estado. Dessa forma ele fala de transição, que não será para sempre. Nesse contexto sendo um processo, é importante ressaltar que ocorrerá uma restauração com avanços e recuos. Com altos e baixos, e por isso, não há uma linearidade. A reparação do luto poderá demandar tempo e vai necessitar de atenção e esforço, levando em consideração que tanto os dias bons como os ruins fazem parte dessa transição do processo que será vivido.

Para essa discussão é importante utilizar o trabalho de Elizabeth Kübler Ross, psiquiatra e uma das precursoras da abordagem de cuidados paliativos, que ofereceu uma contribuição preciosa à temática do luto. A autora da obra *Sobre a Morte e o Morrer* sintetizou muitas de suas experiências com pacientes a fim de facilitar a investigação sobre o que as pessoas experimentavam durante o enlutamento. A partir do seu extenso conjunto de dados ela propôs um modelo interpretativo baseado em cinco estágios de elaboração do luto. Portanto, tal modelo não foi um projeto construído de forma aleatória. Por trás desse trabalho houve uma experiência clínica substantiva, além de um treinamento realizado em trinta meses no Instituto Psicanalítico de Chicago.

Nesse tempo se aproximou de Anna Freud, se tornaram amigas, e através desse estabelecimento de vínculos, muitas das ideias de Anna e seu pai Freud reverberaram no trabalho da criação dos estágios. Kübler Ross (1996) pretendia, com o desenvolvimento desse trabalho, facilitar o entendimento e a comunicação da narrativa dos lutos vivenciados pelos pacientes. Nesse contexto, não havia a necessidade de um reconhecimento linear vivido por cada fase. Sempre foi

visto por ela, a singularidade de cada paciente, oportunizando que cada um constituísse suas referências, ações e reações, diante da vida e da morte.

A seguir, apresentaremos os cinco estágios, que em nenhum momento poderão ser vistos como uma sequência estanque. São eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Em seu esquema conceitual, Kübler Ross (1996) tratou outras reações, como choque, esperança, negação parcial, *luto antecipatório* e *decatexia* como possíveis variantes dos cinco estágios mencionados.

Todas as fases, para Kübler Ross (Apud LUZ; BASTOS, 2019), são demonstradas pelo desenvolvimento e análise das entrevistas dos pacientes diante da morte. Para ela não importava se havia uma sequência ou reconhecimento de todas as fases em todos os pacientes. O relevante nesse contexto era acolher a reação singular de cada pessoa adoecida e seus familiares.

Na *negação* a autora observou um aspecto anterior a fase que foi o choque. Nesse primeiro momento ela percebia como mecanismo de defesa mais comum pela dificuldade de o paciente compreender emocional e cognitivamente, a gravidade do seu estado. Nesse tipo de reação ainda é observado a negação parcial, que é o paciente ter noção do que ocorre, entretanto faz planos para um futuro muito longe do tempo em que está. Nesse sentido é nomeado *pseudonegação*.

Quanto ao estágio da raiva, que foi um dos mais bem descritos pela autora, ela relaciona de uma forma figurativa, como um muro, um impedimento indesejável, um desvio que obrigatoriamente teremos que fazer. Esse estágio coloca o paciente mais alerta para o que deve fazer, diferente da negação que o tira do cenário a ser enfrentado.

A *barganha* é uma tentativa de negar a realidade, misturada a uma tentativa de controle por meio de uma tentativa de mérito. É o sentimento de se tornar alguém digno de ser curado. A religiosidade é muito evidenciada nesse momento.

Nessas tentativas frustradas, o estágio da *depressão*, poderá predominar em um profundo desinvestimento. A depressão citada nesse estágio não seria uma condição clínica, o que seria um transtorno mental e sim uma forma de tristeza normal e esperada pelo impacto do diagnóstico. O tempo nesse estágio seria o de esvaziar muitas das expectativas que precisarão ser mudadas. Essa tristeza poderá ser carregada de raiva, pelas tarefas inacabadas, conceito utilizado por Kübler Ross (1996), quando se tem muitas situações da vida pendentes, sejam nos aspectos de conquistas como nas magoas, culpas ou ressentimentos.

E por fim a *aceitação*, que é marcado, segundo Kübler Ross (1996), pela compreensão cognitiva e pelo trabalho de recursos internos para o enfrentamento de tudo que o diagnóstico rompeu nesse mundo presumido. Nesse estágio, poderá acontecer o isolamento pela consciência da finitude ser absorvida.

Quanto à conceituação do termo do luto antecipatório, esse conceito foi preconizado pelo psiquiatra alemão Erich Lindemann (1944), durante a Segunda Guerra Mundial. Ele observou um fenômeno em relação às esposas e soldados que eram convocados para lutarem na guerra. Nesse caso a separação era o centro e não a morte em si.

Quando trazemos o luto antecipatório para o contexto de cuidados paliativos, entendemos que ele tem a função de elaboração do processo de luto direcionado para as perdas que já ocorrem pelo diagnóstico, com o paciente ainda vivo. Compreenderemos assim, que o luto antecipatório é entendido como um processo de construção de significado de elaboração do luto advindo de uma perda. E a partir dessa constatação, é preciso ter olhos e escuta que possam compreender esse processo.

Rando (1986) refere o *luto antecipatório* como um conjunto de processos deflagrados pelo paciente e pela família quando há uma ameaça progressiva de perda, sendo este um processo psicossocial de enlutamento, vivido na fase compreendida entre o diagnóstico e a morte propriamente dita. Reitera ainda que há uma demanda maior que meramente as experiências de reações passivas. É preciso estar presente nas adaptações às adversidades que a perda implica.

Ainda segundo este autor, nesse trabalho do luto, há o consentimento para absorver a realidade da perda de modo gradual, ao longo do tempo: resolver questões pendentes com a pessoa doente (expressar sentimentos, perdoar e ser perdoado); iniciar mudanças de concepção sobre vida e identidade; fazer planos para o futuro de maneira que não sejam sentidos como falta de lealdade ao doente. Ainda podemos compreender a referência do luto antecipatório, como a definição a um processo que tem início no diagnóstico e acompanha o paciente, familiares e algumas vezes, a equipe que os assiste (FRANCO, 2021).

Na percepção de Stroebe e Schut (1999), o luto antecipatório transita na ambivalência, realizando um movimento que inclui simultaneamente a perda e a restauração.

É a esperança da cura em contraponto da percepção de que talvez não seja mais possível. Um conjunto de processos transitam pelos aspectos emocionais e cognitivos em resposta à possibilidade da perda do presente em que ocorre o diagnóstico.

Kübler Ross (1996), também falava no luto antecipatório, especialmente por identificar em muitos pacientes a profunda tristeza pelos diagnósticos mais graves. Ela sempre frisava que era preciso captar a singularidade de cada paciente, considerando valores e suas características, sendo este aspecto a essência dos Cuidados Paliativos.

Outro ponto significativo ainda enfatizado por essa autora quanto à vivência do luto antecipatório estava na forma que as pessoas lidavam com as “tarefas inacabadas”, ou seja, a regularização das pendências que por vezes era geradora de muita ansiedade.

Ressaltamos que o luto antecipatório não tem a finalidade de preparar o paciente para a morte e sim, tem a função de organizar as perdas para pacientes e familiares que já sofrem pela possibilidade da doença que quebra o mundo presumido, como é a perspectiva do que vem sendo tratado, nessa pesquisa. Poder restabelecer um sentido novo para as perdas parece ser a possibilidade mais construtiva do luto antecipatório (FRANCO, 2021).

Quando se avalia o cuidado que vem através do trabalho do luto antecipatório na experiência desse plano terapêutico, poderá ser levado em consideração que ele tem muito peso, na prevenção do luto complicado. É perceptível que para um familiar que acompanha seu ente querido com uma assistência de baixa qualidade em seus processos de perdas, muito sofrimento poderá eclodir ainda na fase de diagnóstico. (FRANCO, 2021).

Kovács (2008) evidencia o luto antecipatório também como um processo que ocorre com a pessoa viva, mas é sentida sua perda. Essa vivência poderá ocorrer em casos de doenças ameaçadoras da vida no momento que iniciará em um período longo de tratamento. Nessa condição a pessoa está viva, com necessidades emocionais de elaborar todas as perdas que já acontecem. É um luto antes da morte iminente.

Além disso, o luto antecipatório, que faz parte de um processo sistêmico do luto propriamente dito e acontece na iminência da perda, principalmente em casos de pacientes com doenças potencialmente ameaçadoras da vida, acarreta sofrimento também para a família, caracterizando uma necessidade de cuidados integrais, que privilegie outras dimensões que não seja apenas a física.

Além do paciente, o luto antecipatório também envolverá a família nessa camada de cuidados, que deverá ser multi e interdisciplinar, incluindo médica(o), enfermeira(o) e psicóloga(o), entre outros profissionais necessários.

A intervenção da equipe de saúde irá absorver essa realidade de sofrimento que cada paciente e familiares atravessarão, nesse início de tratamento.

Stroebe e Schut (1999) evidenciam que no luto antecipatório ocorre um processo dual, uma vez que nesse tipo de luto os sentimentos vivenciados são ambivalentes pois estes transitam em movimento em direção à perda ao mesmo tempo que seguem em direção a uma reparação para o enfrentamento do que será vivido. Nessa definição de luto antecipatório é preciso não ser confundido com uma expressão também usada no sentido da vivência de “luto antecipado”.

Convém chamar a atenção para as definições de luto antecipatório e luto antecipado, por não serem a mesma coisa, quando se fala na primeira, a referência diz do trabalho que deverá ser iniciado desde o diagnóstico e acompanhado ao paciente e seus familiares, junto a uma equipe multi e interdisciplinar. Esse atendimento está para a fase a ser vivida e não de preparação para a

morte como equivocadamente é pensado. Já no luto antecipado se descreve um evento antes do tempo exato, ou seja, precoce.

Clukey (2008), discorre o luto antecipatório, especialmente em Cuidados Paliativos, como um processo dinâmico, que permite transitar pelo emocional e cognitivo em resposta a perda esperada. Nesse contexto, segundo o autor, é necessário que ocorra a adaptação ao que está por vir, que é o futuro e uma possível reorganização psicossocial e o planejamento, aspectos essenciais ao luto antecipatório.

Diante do exposto, trataremos a seguir sobre a vivência do paciente e de seus familiares no luto antecipatório, evidenciando que o trabalho desses enlutados requer oportunizar a construção de significados resguardando as condições particulares de cada um em suas singularidades.

2.3 VIVÊNCIA DO PACIENTE E DE SEUS FAMILIARES SOBRE O LUTO ANTECIPATÓRIO

Prosseguindo na compreensão de toda carga de sofrimento que o paciente e familiares recebem ao ter um diagnóstico que rompe com um mundo presumido, é preciso considerar que o trabalho do luto antecipatório permite absorver a realidade do que está sendo exposto, de forma gradual, ao longo do tempo que seguirá, na tentativa de resolver questões relacionadas ao momento pendentes para o paciente.

2.3.1. De meu consultório: caso A

Certa vez, durante um atendimento, eu identifiquei uma situação de luto antecipatório. O fragmento clínico da paciente mostra uma mulher de 65 anos, com baixa escolaridade, extremamente religiosa, aposentada e com dois filhos adultos. Na época do acompanhamento psicológico ela estava acometida com câncer de mama metastático. No início dos atendimentos a paciente achava que o apoio especializado era desnecessário, pois tinha “certeza de que receberia a cura”. Desde o primeiro instante ela apresentava uma “falsa resiliência”, chegando a declarar que, se tinha a “doença”, era porque possuía algo para pagar a Deus.

Posteriormente outros elementos significativos surgiram na sua narrativa, incluindo uma situação vivida na adolescência, que veio a ser trabalhada e possivelmente ressignificada, conforme outro fragmento que apresento a seguir.

A paciente começou a conduzir o seu luto até que, certo dia, mencionou que havia praticado um aborto na fase da adolescência. Essa pontuação foi trabalhada levando em consideração o que

ela poderia ter feito de diferente, de acordo com as condições objetivas que vivia na época. Quanto mais ela trazia sua história de vida, suas dificuldades na família nuclear iam sendo compreendidas em uma outra perspectiva, dissipando a culpa e o sentimento de que merecia ter o sofrimento do câncer como punição pelo aborto realizado.

Trabalhar com ela essa questão da culpa, nesse caso específico, foi transformador no processo de estar doente e elaborar o luto antecipatório e a finitude.

Ainda no contexto de análise de outras narrativas de atendimentos diversos, assinalo algumas frases que trouxeram o arrependimento, a culpa, a saudade do que não foi vivido, e a cobrança de outras pessoas, que possivelmente interferiram, impediram a elaboração do luto antecipatório e até oportunizaram o desenvolvimento de um luto complicado.

2.3.2. De meu consultório: mais casos

Em uma situação clínica, uma paciente ao relatar sobre a morte de seu pai/marido/filho, referiu: *“Eu poderia ter me despedido se tivesse aceitado que ele estava morrendo”*. Nesta situação, percebemos o movimento de negação descrito por Kübler Ross (1996), pois para esta paciente, essa reação era marcada pela dificuldade de compreender a gravidade da doença. A esse processo de negação, a autora dos estágios discorre sobre a falta de novos significados, evidenciando que aquele que vive o luto antecipatório, consegue acessar que há uma despedida em curso.

Nessa outra frase, *“Sinto saudade do que não vou conseguir viver com minha mãe”*, o sentimento era de ruptura em relação ao futuro que não poderia ser vivido, em um mundo presumido que não mais existiria. Em uma outra situação nesses dois últimos *“Fico péssima quando me dizem que tenho que ser forte, me acostumar”* e *“Sempre que me dizem que tenho que dar conta e reagir. E nisso me sinto fraca”*, há um peso pelo que é esperado socialmente. Nesse estágio onde ocorre a ruptura há muita solidão, pois a nossa cultura preconiza que diante da morte a gente precisa “ser forte”.

A percepção desses fragmentos clínicos diante do diagnóstico de doença progressiva e ameaçadora da vida poderá delinear mudanças e necessidade de reconciliação com a vida. A marca de um novo tempo na história do paciente e da família precisa ser oportunizada para adaptação de nova realidade que se apresenta. A reconciliação poderá acontecer se investirmos na vida que está acontecendo e nisso cabe o perdão a ela pelo que está acontecendo, nos perdoando também. Quanto nos tornamos quites em relação à vida, estamos prontos para investir em novos projetos, em novos vínculos e prontos para (re)viver.

Quanto a essas experiências de viver o luto, Kübler Ross (1996) se espantava com a pouca tolerância para com o enlutado diante da sua dor e quanto a isso havia um friso dela que a tristeza não era respeitada, pela forma equivocada como agiam diante da morte. Ainda nessa compreensão, explicitava que no ímpeto de querer acabar com o sofrimento aumentava a sensação de sofrimento e isolamento por parte do enlutado (LUZ; BASTOS, 2019).

Contraopondo ao que não foi trabalhado na elaboração do luto antecipatório, trazemos um outro fragmento que sinaliza a possibilidade de oportunizar a reparação, e, conseqüentemente, a esperança para o enfrentamento dessa fase de tanto sofrimento: *“Eu não deixo minha mente pensar no amanhã, eu procuro pensar no hoje, viver um dia de cada vez, então eu vivo o hoje, o amanhã à Deus pertence. Eu não me importava muito, não valorizava o presente. Mas aprendi no meu tratamento a pensar diferente. Quero fazer o que é para hoje, hoje é o que eu tiver (sic)... vivendo, é o hoje que quero aproveitar”*.

2.3.3. Finitude e desligamento

Talvez seja importante ampliar a ideia de que no processo de luto antecipatório a dimensão do tempo passa a ter outro estatuto: o presente é o que se tem para viver. Não que isso não seja vivenciado pelas pessoas que não estejam na iminência da morte, mas para àquelas onde a morte é uma vivenciada em termos de certeza, o presente ganha uma dimensão especial e são desenvolvidos recursos como forma de lidar com a finitude, por meio das lembranças e profundo senso de missão cumprida.

Em o trabalho de falecimento, M'Uzan (2019), formula uma reflexão psicanalítica muito importante, quanto ao problema do desligamento da vida, em relação à retirada libidinal em cada encontro da psicoterapia. Sinaliza reflexivamente os processos de cada história a partir de seus inconscientes. Nesse trabalho ele pontua que os processos eram muitos parecidos com todos que sabiam que iriam falecer.

Ainda nesse contexto, afirma a análise como o melhor meio de não perder essa atividade psíquica essencial, que é o cumprimento da vida, na última etapa que é o falecimento. E, quanto a esse momento ressalva que nessa aproximação da morte seria menos sofrido e mais aliviado se ao paciente pudesse ser oportunizado o desinvestimento sobre seus objetos de amor. Essa permissão poderia ser o caminho para a aceitação da morte, através da relação transferencial regressiva como forma protetiva contra todo sentimento de dor pela perda antecipada objetual.

2.3.4. Os princípios dos Cuidados Paliativos

Diante dos fragmentos clínicos, de todas as perdas no diagnóstico, no curso da doença e na proximidade com o evento morte, é importante destacar o conceito de Cuidados Paliativos e estabelecer os seus princípios. E, na compreensão dessa abordagem, torna-se possível entender toda história como irrepetível para atualizar o processo mediante a singularidade do cuidado.

Desse modo, é indispensável apontar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o conceito de cuidado paliativo em 1990, atualizando-o a partir de 2002. Em 2018 este mesmo órgão multilateral ofereceu a seguinte definição (OMS apud PEREIRA; REYS, 2021):

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam os problemas associados a doenças com risco de vida. É uma abordagem que previne e que alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, da avaliação e do tratamento corretos da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.” (p. 3).

Ainda nessa questão de particularizar o trabalho do luto, os princípios que norteiam os Cuidados Paliativos têm uma relação fundamental com a condição especial do doente. Cabe salientar que em Cuidados Paliativos não se tem como base protocolos, e sim princípios, o que reitera a importância de introduzir o tratamento de forma precoce, favorecendo o controle dos sintomas e o alívio da dor, seja ela física ou emocional.

Personaliza o tratamento como garantia de atender às necessidades desse paciente em sua dor total. Em 2017, a IAHPIC (*International Association for Hospice & Palliative Care*), adaptou esses princípios como descritos a seguir:

- 1- Incluem prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gerenciamento de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas estressantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e necessidades sociais. Sempre que possível, essas intervenções devem ser baseadas em evidências,
- 2- Fornecem suporte para ajudar os pacientes a viver o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os, junto de suas famílias, a determinar os objetivos do tratamento.
- 3- São aplicáveis durante todo o curso de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente.
- 4- São fornecidos em conjunto com terapias modificadoras de doenças sempre que necessário.
- 5- Podem influenciar positivamente o curso da doença.
- 6- Não pretendem apressar nem adiar a morte; afirmam a vida e reconhecem a morte como um processo natural.

- 7- Fornecem apoio à família e aos cuidadores durante a doença do paciente e em seu próprio luto.
- 8- São oferecidos reconhecendo e respeitando os valores e crenças culturais do paciente e da família.
- 9- São aplicáveis em todos os estabelecimentos de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis (do primário ao terciário).
- 10- Podem ser fornecidos por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos.
- 11- Requerem cuidados paliativos especializados com uma equipe multiprofissional para encaminhamento de casos complexos. (PEREIRA; REYS, 2021, p. 5).

Em nossa compreensão, três destes princípios estão diretamente relacionados à questão do luto antecipatório. No sexto princípio, o qual salienta que os cuidados paliativos não têm a pretensão de apressar nem adiar a morte, entendemos que neste princípio é urgente o trabalho do luto antecipatório, uma vez que o paciente e os familiares precisam conviver com a perda, quase sempre sem estarem preparados para isso e ainda estando com a pessoa no seu processo de adoecimento.

No sétimo, o qual reitera a importância do apoio à família e aos cuidadores uma vez que acolhe e apoia à família e aos cuidadores durante a doença do paciente e em seu próprio luto. Ainda no décimo primeiro aponta que há relevância dessa assistência junto a uma equipe multiprofissional, incluindo não só o trabalho do luto antecipatório, mas também o pós luto, dependendo de como a doença seguir o percurso.

Nesse ponto ressaltamos o último item, a equipe multiprofissional, funcionando de forma interdisciplinar, com seus múltiplos olhares a essa família que ainda será apoiada e assistida após a morte do paciente. Nessa perspectiva para o paciente e familiares contar com o apoio de uma equipe multiprofissional no tratamento, será de suma importância na fragilidade e em cada singularidade.

Considerando o sofrimento de quem recebe o diagnóstico de doença grave e ameaçadora da vida, entendo que ser acolhido nesse pesar de forma precoce, serão oportunizadas possibilidades para o enfrentamento da doença de forma positiva. E, nessa compreensão, muitos dos sentimentos de ambivalência da vida e morte poderão ser ressignificados.

2.3.5. Das manifestações do luto

Freud em *Luto e Melancolia* (1917[1915]/1974), já evidenciava a partir de suas observações clínicas, considerações significativas a partir do luto e muitos desses sofrimentos pelo momento da I Guerra Mundial. E quanto a isso, apontava diferenças e semelhanças entre luto e melancolia.

Apresentava que a natureza dos afetos trazidos pelo luto reiterava um sentimento profundo, de doloroso abatimento, perda de interesse pelo mundo externo e da capacidade de escolha quanto a um novo objeto de amor. Evidencia uma necessária reorganização libidinal de investimento em objetos que mobiliza o eu e pulsões inconscientes.

A psicanálise certifica o luto um caráter singular, que pode ser vivido de formas variadas, envolvendo perdas concretas como a morte, ou perdas simbólicas. Em *Luto e Melancolia* (FREUD, 1917[1915]/1974), o trabalho de Freud faz a distinção do luto e a melancolia, apresentando o primeiro como um trabalho psíquico necessário, já a melancolia seria um doloroso abatimento psíquico, com perda de possibilidade de viver, havendo diminuição da autoestima.

Lindemann (1944), preconiza sobre luto antecipatório, exatamente a partir da observação do fenômeno quanto às esposas dos soldados convocados para o campo de batalha. Esse autor ainda distingue que tratar o luto nesse momento poderá prevenir o luto que poderia agudizar, pelas condições prévias de sofrimento de cada pessoa.

Parkes (1965) em estudos com pacientes psiquiátricos adultos internados entre 1949 e 1951 reiterou modelos de morbidade tanto quanto sinalizou que o índice de morte do cônjuge nos seis meses anteriores à internação evidenciava um valor seis vezes maior do que o encontrado em população não enlutada. Sem dúvida, estes estudos trouxeram uma nova luz às considerações sobre as consequências do luto em populações específicas.

Realizar o processo de luto nessas observações significa dar visibilidade ao sofrimento que os impactos poderão causar na ruptura de um mundo presumido que se rompe em um diagnóstico. Sendo assim, estudar o luto e considerar o tipo de atenção que poderá ser possibilitado pelo trabalho do luto antecipatório, a pessoa doente e familiares, parece-me ressaltar que há necessidade de acolhimento, visto que ao receber o diagnóstico são instauradas várias mortes simbólicas associadas às faltas com que cada indivíduo precisará saber lidar.

Na proporção que o campo de estudo nessa temática foi sendo ampliada, foram desenvolvidos novos modelos de lutos, ressaltando que por cada história ser única, a forma de vivenciar o luto também é singular. O luto é universal, mas a forma como cada pessoa o vive é única como suas sutis peculiaridades.

Desta maneira, compreender o lugar que o luto ocupa na abordagem de cuidados paliativos, poderíamos evidenciar que no luto antecipatório se prioriza aceitar a realidade das perdas que ocorrem no diagnóstico. Enfrentar as emoções desse pesar inicialmente para posteriormente adaptar-se a uma nova e sofrida realidade, reconstruir um novo momento quando o olhar não mais terá a visão do que era vivido antes do adoecimento (PARKES, 2009).

2.3.6. As dimensões do sofrimento

Outro ponto importante a ser ressaltado é o conceito de *dor total*, preconizado por Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica, uma das precursoras da abordagem de Cuidados Paliativos, na década de 1960. A dor total se revela quando já se evidenciam as dimensões que precisam ser cuidadas em todo atravessamento desse sofrimento e que estão distribuídas entre física, psicológica, social e espiritual (FRANCO; SILVA, 2021).

Em relação à física, os seguintes aspectos têm relevância: controle de sintomas, alimentação, descanso e sono, autonomia e qualidade de vida de uma maneira geral.

Na dimensão psicológica, a natureza e o significado do luto se relacionam à perda específica, envolvendo as qualidades individuais da relação que se finda e o papel que a pessoa ocupa no sistema familiar ou social. A elaboração adequada dos fatos tem relação com os recursos de enfrentamento do enlutado, incluindo as suas experiências prévias com mortes e perdas. Também entram em cena os fundamentos sociais, culturais, éticos, religiosos e espirituais do enlutado, idade do enlutado e da pessoa nesse adoecimento. As questões não resolvidas entre a pessoa e familiares terão um peso significativo a ser trabalhado, o que era nomeado por “tarefas inacabadas”. Tudo isso revela a necessidade de um suporte terapêutico em benefício da sua saúde mental.

Na terceira dimensão, podemos discorrer a social, onde poderá ocorrer o isolamento, dificuldade de estabelecer e manter relações significativas por conta do adoecimento ter inscrito uma nova identidade social e até perdas de papel. E por fim a dimensão espiritual, que faz a relação do luto simbólico pelas diversas perdas, culpas e questionamento das crenças.

2.3.7. Revelar ou não o verdadeiro estado do paciente?

Uma característica bem significativa e comum na atualidade, quanto à percepção de quem trabalha com doentes graves e sofrimento, em relação ao luto antecipatório, é a tendência de se manter o doente supostamente ignorante ao seu estado na intenção de diminuir o sofrimento. (KOVÁCS, 2003).

Nessa visão, quando o anúncio do diagnóstico não é o de que há uma garantia de cura, negligencia-se um aprofundamento maior quanto ao que o paciente poderá ou não saber. E nisso lança se um abismo entre o curar e o cuidar. Os diferentes significados dessas duas palavras se perdem com o tempo da doença e conseqüentemente desse estado da vivência do luto. Reiterando com isso a importância do que se traz na abordagem de Cuidados Paliativos, que palavras curar e cuidar são ações indissociáveis. É preciso lembrar que a cura (quando possível) e o cuidado

(sempre) constituem a missão de uma equipe multi e interdisciplinar que atua com base nesta abordagem.

Parkes (1998) sinaliza que o conflito de se trabalhar com o luto advém do fato deste ser um processo e não um estado. Nesse contexto, a partir do diagnóstico, não se trata de um conjunto de sintomas que se apresenta após uma perda e depois desaparece. É todo um percurso que se dará a partir daí. O processo do luto envolve uma sucessão de quadros clínicos que se misturam em várias situações que fazem emergir sofrimentos de experiências prévias.

Na compreensão das vivências do luto diante da morte concreta, ou simbólica, acredito que o luto antecipatório reorganizará a vida gradualmente do paciente e familiares. Dessa forma proteger e prevenir um possível quadro de luto complicado nomeado por Freud como melancolia. Nessa condição de antever esse cuidado, vejo o trabalho de elaboração das perdas através do luto antecipatório como a reparação e ressignificação desse processo.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discorrer sobre o luto é algo ainda muito difícil, uma vez que essa temática se refere ao sofrimento final, com elementos traumáticos e toda a vulnerabilidade da perda do objeto de amor desaparecido, tanto quanto a vulnerabilidade diante do que foi perdido. As perdas eclodem e surge o desamparo e nem todos estão preparados para lidar com eles.

Uma dificuldade em estudar o luto, especialmente o antecipatório, ainda é a incipiência da literatura mesmo com sua notória importância na prática clínica de Cuidados Paliativos, no tocante ao trabalho antecipatório do luto, iniciando no diagnóstico. Fica perceptível que pensar em Cuidados Paliativos, é pensar nos ganhos terapêuticos que essa proposta traz, como maneira de contribuir nesse contexto de acolhimento ao sofrimento em todas as dimensões. Os desafios dessa fase precisarão de reconstrução e reorganização.

Dessa forma, espera-se alertar os profissionais para a necessidade de expandir o conhecimento quanto ao processo do luto antecipatório. Para uma melhor compreensão do luto é necessário praticar a escuta ativa e evitar a patologização. Mediante uma comunicação mais aberta, devem ser ofertados ao paciente e a sua família o suporte e as intervenções terapêuticas, dando margem ao fortalecimento de vínculos e à resolução de conflitos, oportunizando o aumento da resiliência no enfrentamento da situação. Este manejo estimula o encorajamento para enxergar a finitude com menos medo quanto à vivência da terminalidade.

Diante da possibilidade inerente a todo o ser humano, da morte e do morrer, aprimorar esses conhecimentos é de extrema importância tanto para os profissionais de saúde mental quanto para

todos aqueles que vivenciam ou convivem com pessoas em situação de luto. Nesse processo há uma singularidade que precisa ser conduzida e experienciada, uma vez que, mesmo sendo um processo universal, ele nunca será igual para todos e nem sempre se chegará a um desfecho totalmente satisfatório ou superado.

Ressalto que em vários dos artigos, foi apontada a relevância de se pensar que se a perda atingiu o sistema familiar, a melhor maneira será que essa elaboração seja vivida em conjunto, com o apoio recíproco de todos os membros.

É preciso se pensar aqui e se considerar se a ligação emocional desse ambiente a ser acolhido, no contexto de afetividade, é existente. O espaço de acolhimento possibilitado pela equipe contribuirá nessa reparação familiar, uma vez que se há essa identificação, os alicerces do ambiente serão oportunizados.

Desse modo, o trabalho de profissionais qualificados assegura à família enlutada um cuidado que não se finda com a morte.

Estar presente nesse cuidado é uma imperiosa oportunidade de a equipe apoiar e oferecer condições humanas e acolhedoras no processo do morrer. E, traduzindo esse momento, encontro em Thiago de Melo, uma frase que dá luz, quando ele diz que “não existe caminho novo, o que há de novo é o jeito de caminhar”.

REFERÊNCIAS

CLUKEY, L. Anticipatory mourning: processes of expected loss in palliative care. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 14, n. 7, p. 316-325, 2008.

FRANCO, M.H.P. **O luto no século 21**: uma compreensão abrangente do fenômeno. 1. ed., São Paulo: Summus, 2021.

FRANCO, M.H.P.; SILVA, G.F. Psicologia / Relação com os Profissionais. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S., PINTO, C. S. **Manual de Cuidados Paliativos**. 3. ed., São Paulo: Atheneu, 2021.

FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago. 1974, v. XIV.

GAUDERER, C.E. **Os direitos do paciente**: um manual de sobrevivência. São Paulo: Círculo do Livro, 1998.

KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1940/1996.

KOVÁCS, M.J. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.18, n. 41, set.-dez, 2008.

_____. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

_____. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

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

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. **The American Journal of Psychiatry**. v. 101, n. 2, p. 141-148, 1944.

LONGAKER, C. **Esperança diante da morte**: preparando espiritualmente a partida. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LUZ, R.; BASTOS, D. F. **O Legado de Elizabeth Kübler Ross para os nossos dias -**

Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer. São Paulo: Summus, 2019.

MAGDALENO JÚNIOR, R. Luto e Melancolia: Um texto em expansão. **ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos**, v. 34, n.1/2, dez., p. 277-298, 2016.

M^UZAN, M. **Da arte à morte:** itinerário psicanalítico. São Paulo: Perspectiva, 2019.

PARKES, C. M. **Amor e Perda:** as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus, 2009.

_____. **Luto:** estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

_____. Bereavement and mental illness. A Clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. **British Journal Medical Psychology.**, v. 38, p. 1- 26, 1965.

PEREIRA, E.A.L; REYS, K.Z. Conceitos e Princípios. Parte 1. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S., PINTO. C. S. **Manual de Cuidados Paliativos.** 3. ed., São Paulo: Atheneu, 2021.

QUEIROZ, R. Formosa Lindomar. In: Queiroz, Rachel de. **Raquel de Queiroz.** Rio de Janeiro: Agir, 2005, p. 142.

RANDO, T.A. **Loss and anticipatory grief.** Lexington: Lexington Books, 1986.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos:** discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Artheneu, 2009.

STROEBE, M.S.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death studies**, v. 23, n.3, p. 197-224, 1999.

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

ZACARIAS, L. **Atuação clínica junto a familiares em luto antecipatório em contexto domiciliar: uma proposta a partir do ponto de vista da Psicologia Analítica, com contribuições de Winnicott.** (Tese) São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2021.