

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**  
**HECI**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM PSICOLOGIA**  
**ATENÇÃO AO CÂNCER**

MIRELLA DE SOUZA SOSSEMBURG

**O PROCESSO DE LUTO EM FAMILIARES DE PACIENTES**  
**ONCOLÓGICOS: ALGUMAS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS**  
**POSSÍVEIS**

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES  
JANEIRO/2021

# O PROCESSO DE LUTO EM FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS POSSÍVEIS

THE GRIEF PROCESS IN FAMILY MEMBERS OF CANCER PATIENTS: POSSIBLE PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS

<sup>1</sup>SOSSEMBURG, Mirella de Souza<sup>1</sup>  
RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira<sup>2</sup>  
GASPAR, Rosita Angélica<sup>3</sup>

## RESUMO

O câncer é considerado um dos principais problemas de saúde pública. No Brasil, estima-se que no triênio 2020-2022 ocorrerão 450 mil novos casos, além da alta taxa de mortalidade decorrente desta patologia. O diagnóstico oncológico produz diversas repercussões emocionais tanto no paciente quanto na sua família, ocasionando em reações diferentes se comparado com outras doenças crônicas, devido aos medos e fantasias que esta patologia carrega historicamente, causando demandas específicas, contínuas e mutáveis ao longo do tratamento e após a morte. Dessa forma, objetivou-se analisar na literatura científica, através da metodologia de revisão narrativa de literatura, o processo de luto em familiares de pacientes oncológicos, pontuando a importância da continuidade do cuidado prestado, com destaque para as intervenções no campo do saber psicológico. Os resultados evidenciaram a importância do cuidado ao luto não somente durante o tratamento, mas também após o óbito, e a importância de ferramentas psicológicas como o grupo de enlutados e a psicoterapia individual, além do envio de cartas de condolências, e-mail e telefonemas.

**Palavras-chave:** Família enlutada; Tratamento oncológico; Cuidados Paliativos; Psicologia.

## ABSTRACT

Cancer is considered a major public health problem. In Brazil, it is estimated that in the 2020-2022 period, 450 thousand new cases will occur, in addition to the high mortality rate resulting from this pathology. The oncological diagnosis produces several emotional repercussions both in the patient and in his family, causing different reactions when compared to other chronic diseases, due to the fears and fantasies that this pathology carries historically, causing specific, continuous and changeable demands throughout the treatment and after the death. Considering the impact caused by cancer in all stages of the illness process, death should not end the care offered by health professionals, as the

---

<sup>1</sup> Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Psicologia: Atenção ao Câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, mirella\_sossemburg@hotmail.com.

<sup>2</sup> Orientador: enfermeiro, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gustavo.ribeiro@heci.com.br.

<sup>3</sup> Co-Orientador: psicóloga, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, rosi.angelica7@gmail.com.

bereaved family may need care to face the suffering and elaborate the grief resulting from the loss of their loved one Dear. Thus, the objective was to analyze in the scientific literature, through the methodology of narrative literature review, the grieving process in family members of cancer patients, emphasizing the importance of continuing the care provided, with emphasis on interventions in the field of psychological knowledge. The results showed the importance of mourning care not only during treatment but also after death and the importance of psychological tools such as the group of mourners and individual psychotherapy, in addition to sending letters of condolence, e-mail and phone calls.

**Keywords:** Bereaved family; Oncological treatment; Palliative care; Psychology.

## INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença capaz de invadir órgãos e tecidos do corpo humano através do crescimento anormal de células, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo, causando diversos prejuízos, sendo esta nomenclatura um termo geral que engloba um conjunto de mais de 100 doenças (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2011).

A estimativa mundial mais recente aponta que em 2018, excluindo os casos de cânceres não melanomas, ocorreram 17 milhões de casos novos de câncer e 9,5 milhões de óbitos. No Brasil, excetuando-se os cânceres não melanomas, estima-se que no triênio 2020-2022 ocorrerão 450 mil novos casos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2020).

A cada ano, 7,6 milhões de pessoas no planeta morrem em decorrência desta patologia, sendo que dessas, 4 milhões têm idade entre 30 a 69 anos, além da previsão para o ano de 2025 ser de 6 milhões de mortes prematuras. Estes dados evidenciam que nos próximos anos a epidemia global por neoplasia tende a aumentar, tornando-se um dos principais problemas de saúde pública (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2020).

De acordo com Penna (2004) o diagnóstico oncológico produz diversas repercussões emocionais tanto no paciente quanto na sua família, ocasionando

em reações diferentes se comparado com outras doenças crônicas, causando demandas específicas, contínuas e mutáveis ao longo do tratamento.

Sendo considerada uma doença grave, pode alterar a dinâmica familiar ao longo de todo o tratamento, iniciando-se na fase pré-diagnóstica, perpassando todo o processo de adoecimento, podendo continuar ao se obter a cura e até mesmo após a morte da pessoa doente (FRANCO, 2008).

No contexto de morte os familiares podem vivenciar o luto, sendo este definido por Bowlby (1990) como um comportamento de resposta após o rompimento de um vínculo considerado importante entre o sujeito enlutado e o seu ente que partiu, sendo a dimensão deste processo influenciado pela quantidade de apego existente, os fatores relacionados à perda e os significados que foram atribuídos a esta experiência. Tal vivência constitui-se de uma experiência subjetiva, portanto, dotada de significado e inserida em uma cultura (BRAZ; FRANCO, 2016).

Braz e Franco em estudo publicado em (2016) diferenciam o luto normal e luto complicado, sendo o primeiro entendido como o processo em que o sujeito compreende e aceita a morte do ente querido, adaptando-se a condição de viver sem aquela pessoa, mas que, evidentemente, possa também apresentar algum tipo de sofrimento, e o segundo é caracterizado como uma experiência na qual o sujeito vivencia uma desorganização por longo período que o impede de desenvolver suas atividades com a qualidade anterior à perda.

Diante das dificuldades apresentadas por alguns sujeitos em processo de luto, a morte não deveria finalizar os cuidados ofertados pelos profissionais de saúde, pois a família enlutada pode necessitar de auxílio para enfrentar o sofrimento e elaborar o luto decorrente da perda de seu ente que partiu (ACIOLE; BERGAMO, 2019). A psicologia enquanto ciência responsável por cuidar dos aspectos emocionais do sujeito possui importante papel no manejo do luto e pode utilizar de diversas ferramentas que auxiliem no enfrentamento desse momento vivenciado pelos familiares (FORTE; ACHETTE, 2018).

Assim, torna-se essencial que o cuidado às demandas dos familiares em luto seja também disponibilizado pelo hospital em que o paciente realizou o tratamento, mas não em exclusivo por estes, atuando em articulação com outros serviços da rede de saúde com o objetivo de promover a continuidade da

assistência e qualidade da vida de quem permaneceu vivo (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

Diante das demandas específicas advindas do tratamento oncológico que repercute na família, tanto durante, quanto após a morte do paciente, o presente estudo tem como objetivo analisar o processo de luto de familiares diante da perda de um ente querido por doença oncológica, discorrer sobre a importância preconizada pelos Cuidados Paliativos da oferta de cuidado aos familiares em processo de luto tanto durante quanto após-óbito e discutir possibilidades de intervenções psicológicas junto a estes familiares. A discussão suscitada será pautada no estudo de revisão narrativa de literatura.

## **METODOLOGIA**

O método científico empregado no presente estudo consiste da revisão narrativa de literatura, que conforme compreendido por Rother (2007), são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um assunto. São estudos, que apesar de sua evidência científica ser considerada baixa devido à impossibilidade de reprodução de sua metodologia, possuem o potencial de enriquecer o debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto período de tempo. É considerado um estudo qualitativo, e por não preconizar a arbitrariedade na escolha dos artigos, oportuniza ao pesquisador a análise crítica da escolha do material e de sua interpretação.

A coleta do material científico foi realizada de maneira não sistemática no decurso do ano de 2020, nas bases de dados lillacs, Bvs e Scielo com os seguintes descritores: “família enlutada”, “cuidador”, “cuidados paliativos”, “oncologia”, “câncer”, “luto” e “psicologia”, com enfoque nos artigos mais recentes sobre o tema. Como fonte basilar de informação também foram empregados livros que discorrem sobre o tema proposto. Por fim, os materiais selecionados foram lidos e analisados criticamente.

## **DESENVOLVIMENTO**

## **O luto de familiares diante da perda de um ente querido por doença oncológica**

A palavra câncer tem origem no latim e significa “caranguejo” devido o formato do animal e pela capacidade de agarrar e não soltar (FANELLI; OLIVEIRA, 2018), e à concepção de que o câncer torna sua vítima prisioneira do mesmo modo que o caranguejo: até a morte (ARGEMI-CAMON, 2004). Tal comparação evidencia o peso que a doença oncológica ocupa em nosso contexto social e as crenças que estão relacionadas a ela que acabam repercutindo no processo de adoecimento do sujeito e de seus familiares (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013).

Em decorrência de todos os estigmas sociais criados ao longo da história e de sua associação com a morte, o câncer, dentre todas as outras doenças existentes, é a que mais provoca medo nas pessoas (CEOLIN, 2008), sendo os principais estigmas associados a patologia: medo do sofrimento, dor, alteração da imagem e sexualidade (ANGERAMI-CAMON, 2004).

A doença oncológica foi considerada um flagelo na era da modernidade, pois apesar dos promissores tratamentos surgidos no início do século XX, se mostrando mais eficazes, e o aumento do conhecimento da doença, houve também a ampliação da compreensão da complexidade desta patologia e de suas diversas faces, o que evidenciou a limitada capacidade da medicina em controlar e tratar, intensificando-se o medo da sociedade (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No mundo ocidental a maioria das mortes é precedida por doenças crônicas como câncer, derrame e doenças respiratórias, que tendem a comprometer as capacidades funcionais de uma pessoa, de modo que, geralmente, necessite por um longo período de cuidados de saúde de um ou mais membros da família (MARINHO, 2019).

A doença oncológica em fase terminal é caracterizada pelo avanço progressivo e incurável, apresentando uma sintomatologia variada e intensa com grande impacto no doente e na sua família (SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADO PALIATIVO, [s.d.]). E ao se deparem com o prognóstico reservado vivenciam um sofrimento psíquico advindo da possibilidade de morte, perda de

sonhos, planos, o que pode dar início ao processo de enlutamento (SILVA; SANTOS; CARDOSO, 2019).

Em 1915, Freud em suas primeiras observações sobre o luto, o descreveu como uma reação normal diante da perda de um ente querido ou de uma abstração que ocupa seu lugar, caracterizando-se por um processo lento e doloroso, com sentimento de tristeza que pode levar a um afastamento de toda atividade que não se ligue a memória do falecido, perda de interesse do mundo externo e dificuldade de eleger um novo objeto. Embora o luto ocasione sérios danos ao sujeito, não deve ser visto como um estado patológico, pois espera-se que após certo tempo seja elaborado e superado.

O luto pode começar antes da morte concreta do sujeito, sendo este nomeado de luto antecipatório, tendo seu início a partir do momento em que se confirma o diagnóstico de uma doença fatal ou ameaçadora de vida, possuindo como características a perdas concretas ou simbólicas que esse diagnóstico possa trazer para o sujeito e sua família (FONSECA, 2004). Este momento permite elaborar a perda de forma gradual no decorrer do tempo, resolver questões pendentes com a pessoa doente, iniciar mudanças de significado da vida e planejar o futuro (RANDO, 1997 apud FRANCO, 2008).

A autora Franco (2008), uma das principais estudiosas sobre o luto no Brasil, assinala os principais fatores facilitadores e complicadores no enfrentamento da doença e do luto antecipatório. Os facilitadores são categorizados da seguinte maneira: estrutura familiar flexível ao ajuste de papéis; boa comunicação entre os membros da família e com a equipe; conhecimento dos sintomas e ciclos da patologia; participação nas diferentes fases do tratamento e sistemas de apoio disponíveis. Já os fatores complicadores são descritos como: padrões não funcionais de relacionamento interpessoal, comunicação e resolução de problemas; inexistência de sistemas de apoio, crises familiares concomitantes à doença, falta de recursos econômicos e sociais, cuidados médicos de pouca qualidade e doenças com estigmas sociais, como o câncer.

O sofrimento associado à doença oncológica e à condição de terminalidade ocasiona nos familiares angústias, medos e ansiedades, o que torna evidente a vulnerabilidade desses sujeitos com tendência para o desenvolvimento de luto complicado. Neste contexto, a família tende a

reorganizar-se para oferecer o cuidado que o paciente necessita e, em meio a esta dinâmica, emerge o papel do cuidador principal. O desenvolvimento desta função pode trazer diversas mudanças na vida pessoal e na rotina do membro familiar que encontra-se imerso na realidade da doença, o que ocasiona sobrecarga, levando ao desgaste físico e emocional, interferindo em sua qualidade de vida (LIMA;MACHADO 2018).

O processo de morrer ainda é desconhecido para a maioria dos cuidadores, que, mesmo tendo sido informados anteriormente sobre a aproximação deste evento, não sabem as modificações que podem ocorrer até que o óbito de fato possa ocorrer, dessa forma, podem apresentar-se angustiados ao observarem os sinais de fim de vida como suspiros, gemidos e movimentos bruscos (LIMA; MACHADO, 2018).

Os autores Cunha, Pitombeira e Panzetti em 2018 realizaram uma pesquisa qualitativa com cuidadores de pacientes oncológicos em fim de vida internados em um hospital de cuidados paliativos. Os resultados evidenciaram que a maioria dos participantes não tinha conhecimento algum sobre o que era cuidado paliativo, considerado uma modalidade de tratamento destinado às pessoas que possuem uma doença ameaçadora de vida, o que evidencia, entre outros motivos, a falta de comunicação entre equipe e família.

Diante disso, há a necessidade de um espaço onde o cuidador possa esclarecer suas dúvidas e questionamentos, pois quanto mais acesso à informação tiverem, mais acolhidos e amparados se sentirão, fato este que contribuirá para a diminuição da ansiedade, medo e angústia, e como resultado facilitará o processo de luto (LIMA; MACHADO, 2018).

Kubler-Ross (1969) relata que muitos dos problemas que surgem no contexto de morte podem ser contornados se forem discutidos antes que o membro da família venha a falecer, mas nos alerta que infelizmente a tendência é ocultarmos os sentimentos em torno deste momento.

A autora explica que:

“Se cada um tentar manter segredo em relação ao outro, criarão uma barreira artificial entre si, que dificultará qualquer preparação para o pesar futuro, tanto do paciente quanto de sua família. O resultado final será muito mais dramático do que para aqueles que podem, às vezes, conversar e chorar juntos” (p. 174).



Este comportamento de ocultar informação e sentimentos que interferem na elaboração do luto, tem sido nomeado por alguns autores como “conspiração do silêncio”. Este fenômeno é entendido como uma forma de comunicação que tem como aspecto principal o silêncio estabelecido entre a tríade paciente - família e equipe de saúde no contexto de adoecimento, sendo adotado diante de uma dificuldade em trazer à tona as verdades sobre o momento vivenciado. A família geralmente adere ao silêncio como forma de comunicação com a crença de que protegerá seu familiar enfermo de maiores sofrimentos (VOLLES; BUSSOLETTO; RODACOSK, 2012).

Uma família que manifesta através da conspiração do silêncio suas limitações emocionais perante as dificuldades que surgem, que como consequência acaba por adotar um estilo de vida voltado ao não dizer, também precisa ser cuidada, acolhida e ouvida, mesmo em meio ao seu grandioso silêncio (VOLLES; BUSSOLETTO; RODACOSK, 2012).

Kubler-Ross (1969) explica que o fato de falar sobre estes pesares antes da morte facilita o processo de suportar a perda depois da morte, defendendo o pensamento de que se deve prestar assistência ao paciente e familiar desde a confirmação de um diagnóstico grave com prognóstico ruim até meses posteriores após a morte.

### **A importância do cuidado aos familiares em processo de luto**

O cuidado paliativo é uma abordagem que tem como finalidade melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares, diante de doenças que ameaçam a vida, mediante a prevenção e o alívio de sofrimento através da identificação precoce e tratamento da dor e outros problemas físicos, sociais e espirituais, estendendo-se a fase de luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). No contexto de adoecimento por doença oncológica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o Cuidado Paliativo como a quarta diretriz para o tratamento do câncer, associado à prevenção, diagnóstico e tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Um dos princípios que norteiam os cuidados paliativos consiste na abordagem multiprofissional das necessidades dos familiares, incluindo o acompanhamento do luto durante o adoecimento e após a morte do paciente

(ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012), sendo que este suporte se faz necessário nas fases mais precoces do tratamento até ao momento em que o enfoque recai sobre o cuidado paliativo exclusivo (FORTE; ACHETTE, 2018). Dessa forma, torna-se essencial o manejo do processo de luto que perpassa o adoecimento com o objetivo de prevenir quadros de luto complicado nos familiares tanto antes quanto após o óbito do sujeito (BLOCK, 2006 apud POR FORTE;ACHETTE, 2018).

Estudos realizados com famílias enlutadas salientam a importância do cuidado ao luto, destacando que aquelas que passaram por dificuldades, muito sofrimento durante o processo de adoecimento de um de seus membros e que não receberam suporte ao luto, não se sentiam bem após a morte. Em contrapartida, os familiares que passaram pela mesma situação, mas obtiveram suporte emocional adequado, tiveram um ajustamento melhor à perda do que nos casos em que esse mesmo tipo de apoio era ofertado apenas após a morte (RUMEN et. al., 2019).

No entanto, percebe-se que geralmente a equipe multiprofissional considera as necessidades do paciente em detrimento das do cuidador, sendo-lhe omissa. Na medida em que ocorre o avanço da doença, os cuidados prestados ao paciente se intensificam e o olhar em relação com cuidador é diminuído, não levando em consideração suas necessidades (CUNHA; PITOMBEIRA; PANZETTI, 2018). Vale destacar, que o cuidado paliativo tem como premissa o cuidado ofertado através de uma integração de todas as dimensões do paciente/família, portanto, desprezar qualquer dimensão significará uma avaliação incompleta e como consequência resultará em uma abordagem menos efetiva e eficaz (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Em consonância com a filosofia dos Cuidados Paliativos está o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que tem como objetivo, segundo a Lei nº 8.080 de setembro de 1990, garantir o acesso à saúde universal e gratuito em todo o território nacional através de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Um dos princípios que regem o SUS é a integralidade da assistência, sendo entendida como a oferta de ações e serviços de saúde de caráter preventivo e curativo através de um conjunto articulado em níveis de complexidades que são necessários para cada caso (BRASIL, 1990).

Os autores Acioli e Bergamo em artigo publicado em 2019 defendem que o cuidado ao luto seja uma questão de saúde pública e afirmam que a morte do paciente não deve ser um evento que finde a oferta de cuidados pelos profissionais da saúde, devido as dificuldades emocionais, físicas e sociais que podem apresentar. Destacam ainda que existem benefícios que justifiquem a importância da continuidade do cuidado ser ofertado pela instituição de saúde na qual ocorreu o óbito, com enfoque para o vínculo estabelecido entre familiares e profissionais de saúde, confiança e sentimento de acolhimento mesmo após a morte do familiar.

Os resultados da pesquisa efetuada pelos autores supracitados, realizada com familiares enlutados, comprovou que estes podem manifestar diversas dificuldades para enfrentar o período de luto no período de pós-morte, dentre eles: sentimentos de solidão, tristeza, vazio, lembranças dolorosas, alteração na dinâmica familiar, mudanças de papéis sociais, problemas financeiros, conflitos familiares e diminuição do autocuidado.

Levando em consideração o princípio da integralidade da assistência proposto através da Lei nº 8.080 de 1990 que regulamenta o SUS, os usuários possuem direito da continuidade da oferta de cuidado em todas as suas necessidades, portanto, aqueles familiares que mesmo após a morte de seu ente apresentar necessidade da continuidade de cuidado, devem ser supridos em suas demandas nos níveis de assistência do SUS.

### **Intervenções psicológicas possíveis junto aos familiares enlutados**

O psicólogo inserido na equipe de cuidados paliativos tem como objetivo iniciar o acompanhamento psicológico o mais precocemente possível atuando de maneira preventiva e auxiliando na diminuição do sofrimento psíquico já apresentado. Para lograr tais objetivos, realiza intervenções em diversos formatos e de maneira dinâmica a partir das necessidades dos familiares e do sujeito adoecido, destacando-se neste contexto as seguintes intervenções: reuniões familiares, realização de grupo de apoio aos cuidadores, psicoterapia breve destinada ao paciente e familiar e, quando necessário, encaminhamento para outros dispositivos da rede de saúde (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Sendo o luto um processo que perpassa o adoecimento, principalmente na fase terminalidade, urge a necessidade da avaliação psicológica como ferramenta da prevenção do processo de luto complicado (FRANCO; BRAZ, 2016), tendo em vista que entre 10% a 20% das pessoas vivenciam o luto não seguem o curso normal de acomodação diante da perda (RANDO et. al, 2012).

Diante disso, a avaliação realizada pelo psicólogo não deve ser feita somente quando há o rompimento do vínculo significativo, ou seja, na ocorrência da morte, mas também em sua iminência, tendo em vista que no contexto de cuidado paliativo, a maioria dos familiares vivem processos de luto antecipatório, o que atua como facilitador da intervenção com caráter preventivo (BRAZ; FRANCO, 2016)

Vale destacar dois fatores que influem diretamente no desenvolvimento do quadro de luto normal ou complicado. O primeiro consiste na qualidade da relação desenvolvida entre a pessoa adoecida e seu cuidador (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012) e o segundo refere-se à qualidade da relação entre equipe de saúde e unidade de cuidado, evidenciando a importância dos profissionais saberem lidar com o processo de morrer e terem a percepção sobre a influência de sua prática no bem-estar do familiar após o período da morte do paciente (BRAZ; FRANCO, 2016).

O trabalho do psicólogo junto aos familiares que acompanham seu membro familiar adoecido, internado no contexto hospitalar, tem como objetivos auxiliar na elaboração das experiências advindas do processo de adoecimento, morte e luto, através da oferta de um espaço de escuta para falarem livremente sobre sua situação, legitimando o sofrimento vivido (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Freud em 1915 ao desenvolver os primeiros estudos sobre o luto, diserta sobre o conceito de “Trabalho do Luto” para designar processo de elaboração diante da perda, o definindo como a retirada da libido da conexão com o objeto amado que não existe mais, caracterizando-se como um processo que pode ser doloroso e que vai sendo realizado aos poucos e com grande energia de investimento, ocorrendo a consumação do trabalho de luto quando o Eu fica novamente livre e desimpedido. Tal conceito foi reformulado pelos psicanalistas pós-freudianos adquirindo novas maneiras de se pensar o luto na teoria psicanalítica.

Considerando o acima exposto, a elaboração do luto não consiste em uma cura ou término do luto, pois a substituição de um novo objetivo não satisfaz totalmente a libido da mesma maneira que o objeto perdido, mas é possível que o sujeito tenha uma diminuição da angústia e encontre uma nova forma de subjetividade, se reestruturando e encontrando assim um novo equilíbrio para sua vida que o permita prosseguir (MACHADO; MADRUCCI; CREMASCO, 2016).

No entanto, alguns sujeitos podem apresentar dificuldades em elaborar o luto, em suas diversas fases, ou seja, no luto antecipatório ou no luto que ocorre após a morte de seu familiar, necessitando assim, do prosseguimento dos cuidados que geralmente é disponibilizado no âmbito hospitalar, desde o diagnóstico da doença até o óbito. Dessa forma, a psicologia pode empregar diversas ferramentas que auxiliem no manejo do sofrimento advindo do luto.

Em 2019 foi realizado um estudo de revisão sistemática de literatura que investigou possibilidades de intervenções junto aos familiares enlutados, obtendo como resultados o trabalho desenvolvido em grupos, visita domiciliar, realização de contato telefônico com os familiares após o óbito, envio de carta de condolências e e-mail (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

No campo do saber psicológico, a psicoterapia grupal no referencial psicanalítico apresenta-se como um espaço de produção simbólica de sentido coletivo para traumas ou situações limites que são vivenciados individualmente, como o luto. O psicanalista ao conduzir o grupo, tem como função estimular a associação livre dos participantes contribuindo para abertura dos significantes, tendo como consequência a produção de novos sentidos, o que possibilita a saída da posição de queixa, passividade e melancolia para a posição de enfreteamento. O grupo psicoterapêutico não tem como objetivo homogeneizar o discurso dos participantes, mas abrir espaços de emergência do sujeito, de suas singularidades e de seu desejo frente à vida (PRATA, 2011; DE LUCCIA, 2018).

No que tange a visita domiciliar, a equipe do Hospital do Câncer de Barretos, situado em São Paulo, realiza até dois meses após o óbito, visita aos familiares enlutados com o objetivo de oferecer suporte. O psicólogo desta equipe avalia se a família apresenta sinais ou sintomas que podem indicar a dificuldade em elaborar o luto e, a partir disso, realiza avaliação ambulatorial e se necessário

é feito um encaminhado ao serviço de saúde mental do hospital (SCANNAVINO et. al, 2013).

Embora o contato telefônico, envio de carta de condolências e e-mail para os familiares não sejam intervenções exclusivas do psicólogo, estas ações podem ser realizadas por estes profissionais após a morte do paciente visando oferecer acolhimento e apoio, além de disponibilizar informações úteis para o período, como emoções que são tidas como naturais no processo de luto e colocar-se enquanto instituição de saúde a disposição para a continuidade do cuidado, divulgando e fazendo convites dos dispositivos de intervenção disponibilizados, como a participação no grupo de enlutados, acompanhamento psicoterapêutico individual ou encaminhamento (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

Também se apresenta como importante ferramenta psicológica no manejo do luto a psicoterapia individual, entendida como um espaço de acolhimento e escuta diferenciada para o sujeito enlutado, possibilitando a expressão de sentimentos sobre a perda do ente querido, com a pretensão de auxiliá-lo na criação de recursos próprios para suportar a ausência, as lembranças, o seguimento da vida e de novos caminhos (QUINTAS, 2016).

## **CONCLUSÃO**

Diante das dificuldades que podem surgir no processo de luto, torna-se imprescindível que o cuidado ofertado pela equipe de cuidado paliativo não se restrinja apenas enquanto o familiar esteja acompanhando o seu ente querido durante a internação ou em consultas ambulatoriais. Após o óbito o familiar pode desenvolver o luto complicado, necessitando de suporte para enfrentar esse momento, sendo de responsabilidade do SUS disponibilizar os recursos necessários que estes necessitem, tendo em vista que possuem direito à saúde em todas as dimensões da vida.

É de responsabilidade da equipe que cuidou do paciente que morreu e de seu familiar o cuidado ao luto em todas as suas fases, mesmo que o hospital não ofereça programas destinados aos enlutados, deve atuar de maneira preventiva durante o luto antecipatório evitando o desenvolvimento de luto complicado,

identificando demandas e realizando o encaminhado para a Rede de Saúde (RAS) ou outros dispositivos.

O acompanhamento psicológico deve iniciar desde o diagnóstico da doença oncológica auxiliando o familiar a elaborar o luto que atravessa o processo de adoecimento e que se mantém após a morte do sujeito. O serviço psicológico do hospital em que o sujeito efetuou o tratamento pode disponibilizar recursos que auxiliem no manejo do luto através de grupo psicoterapêutico para enlutados, psicoterapia individual, envio de cartas de condolências, e-mail e telefonemas.

## REFERÊNCIAS

ARGEMI-CAMON, V. A. **Tendências em psicologia hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ACIOLE, G. G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 805-818, 2019.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. Martins Fontes: São Paulo, v.1, p.496, 1990.

BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 1990.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 90-105, 2017.

CARVALHO; PARSONS (Orgs). **Manual de Cuidados Paliativos**. 592 p. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. ANCP, 2012.

CEOLIN, V. E. S. A família frente ao diagnóstico do câncer. In: HART, C. F. M. (Org.) **Câncer: Uma abordagem psicológica**. 1.ed. Porto Alegre: AGE, p. 118-128, 2008.

CUNHA, A. S.; PITOMBEIRA, J. S.; PANZETTI, T. M. N. Cuidado paliativo oncológico: percepção dos cuidadores. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 4, p. 383-390, 2018.

DA SILVA, B. C. D. A.; DOS SANTOS, M. A.; DE OLIVEIRA CARDOSO, É. A. Vivências de familiares de pacientes com câncer: revisitando a literatura. **Revista da SPAGESP**, v. 20, n. 1, p. 140-153, 2019.

DE LUCCIA, D. P. de B. **A atuação do psicanalista com grupos e instituições: teoria e relatos de intervenção a partir de Freud e Lacan.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FANELLI, M.F., OLIVEIRA, M.L.F.N. Cuidados com o paciente oncológico. In: FUKUMITSU (org.). **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras.** 1.ed., São Paulo: Summus editorial, p.141-155, 2018.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando famílias**, v. 17, n. 2, p. 111-129, 2013.

FONSECA, J. P. **Luto Antecipatório.** Livro Pleno: Campinas, p. 184., 2004.

FORTE. D.N.; ACHETTE, D. Cuidados paliativos no século 21. In: FUKUMITSU (org.). **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras.** 1.ed., São Paulo: Summus editorial, p.141-155, 2018.

FRANCO, M. H. P. Família em psico-oncologia. In: CARVALHO, V. A. et al. (Org.) **Temas em psico-oncologia.** São Paulo: Summus, 2008. p. 358-361.

FRANCO, M. H. P. Luto em cuidados paliativos. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Org.). Cuidado paliativo**, p. 559-570, 2008.

FRANCO, M.H.P. **Luto em Cuidados Paliativos.** Quatro Estações: Instituto de Psicologia. São Paulo, 2008. Disponível em: <[https://www.4estacoes.com/pdf/textos\\_saiba\\_mais/luto\\_em\\_cuidados\\_paliativo\\_s.pdf](https://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/luto_em_cuidados_paliativo_s.pdf)> Acesso em: 04 de abr. de 2020.

FRANCO, M. H. P. Por que estudar o luto na atualidade? In: FRANCO, M. H. P. (Org.). **Formação e Rompimento de Vínculos** (pp. 17-42). São Paulo, SP: Summus. (2010).

FREUD, S. Luto e Melancolia. In: \_\_\_\_\_. **Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos.** Imago: Rio de Janeiro. v. XIV., p.127-144, 1917 [1915]/1974.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Abc do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** 128 p. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Duas décadas de Dia Mundial do Câncer e “Estimativa 2020” marcam o 4 de fevereiro no INCA.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/en/node/3776>> Acesso em: 28 de marc. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** 120 p. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer.** 4. ed. Martins Fontes: São Paulo, 304 p., 1969.



LIMA, C. P. de; MACHADO, M. de A. Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 1, p. 88-101, 2018.

MACHADO, A. V.; MADRUCCI, G. F.; CREMASCO, M. V. F. De Onde Fala um Psicanalista no hospital? Reflexões sobre o luto, a psicopatologia fundamental e a ética. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 5, n. 1, p. 47-60, 2016.

MARINHO, M. A. **Processo de Luto: Na Perspectiva do Cuidador Enlutado**. Tese (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – FMUP. Rio de Janeiro, p. 95, 2019.

PENNA, T. L. M. Dinâmica psicossocial da família de pacientes com câncer. In: FILHO; J.M., BURD. M. (Orgs.) **Doença e família**. Casa do Psicólogo: São Paulo, p. 379-389, 2004.

PRATTA, N.; COSTA-ROSA, A. da. O grupo psicoterapêutico e a interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, p. 672-689, 2011.

QUINTAS, J. Morte e luto: um estudo sobre a existência em sofrimento e as possibilidades de atuação clínica. **Revista Fafire**, V.9, n.1, p.101-111, 2016.

RANDO, T. A. et al. A call to the field: complicated grief in the DSM-5. **Omega**, Westport, 65(4), p. 251-255, 2012.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007 .

RUMEN. F. A et. al. Intervenções em psico-oncologia. In: AGUIAR, M.A.F. **psico-oncologia: caminhos de cuidado**. 1.ed. Summus editorial: São Paulo, p.25-33, 2019.

SCANNAVINO et al. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, v. 24, n. 1, p. 35-53, 2013.

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADO PALIATIVO. **Guia de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>>. Acesso em: 20 de dez. 2020.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. In: **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. p. 169-169, 2007.

VOLLES, C. C.; BUSSOLETTO, G. M.; RODACOSKI, G. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. **Revista da SBPH**, v. 15, n. 1, p. 212-231, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control: knowledge into action. Guide for Effective Programmes**. Geneva: WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2012.