

MORTE: UM PROCESSO DE DEIXAR IR

Death: A Process of Letting Go

Eice de Almeida Vieira¹

Centro Universitário São Francisco de Barreiras (UNIFASB) – Barreiras/Bahia
vieiraeice@gmail.com

 <http://lattes.cnpq.br/5050882015653514>

Anchielle C. H. Silva²

Centro Universitário São Francisco de Barreiras (UNIFASB) – Barreiras/Bahia
anchychs@yahoo.com.br

 <http://lattes.cnpq.br/7598871327959147>

RESUMO: O presente relato de experiência discorre sobre a vivência da autora com a família extensa em relação à morte. Buscando descrever as percepções acerca dos cuidadores familiares, ressaltando assim, a perspectiva da terapia familiar sistêmica. Nesse sentido, denotando a importância do pensamento sistêmico para compreender a família em um contexto das relações familiares em sua complexidade, instabilidade e intersubjetividade. Em suma, observa-se que as percepções acerca da morte desequilibram o sistema familiar bem como as expectativas que gera ansiedade, em torno da melhora do ente familiar, a dificuldade de reorganização para definir um cuidador, a comunicação entre o profissional da saúde- cuidador- paciente, a evasão de responsabilidade dos membros em assumir um novo papel, contribuição da pandemia nesse processo de morte/luto, intensidade do estresse/sobrecarga emocional, a falta de comunicação assertiva entre cuidadores-equipe de saúde-paciente.

Palavras-chave: Morte, Luto, Família.

ABSTRACT: This experience report discusses the author's experience with her extended family in relation to death. Seeking to describe the perceptions about family caregivers, thus emphasizing the perspective of systemic family therapy. In this sense, denoting the

¹ Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário São Francisco de Barreiras (UNIFASB) – BA

² Mestranda em psicologia e professora do Centro Universitário São Francisco de Barreiras (UNIFASB) – BA

importance of systemic thinking to understand the family in a context of family relationships in its complexity, instability and intersubjectivity. In short, it is observed that the perceptions about death unbalance the family system as well as the expectations that generate anxiety, around the improvement of the family member, the difficulty of reorganization to define a caregiver, the communication between the health professional and caregiver - patient, members' evasion of responsibility to assume a new role, contribution of the pandemic in this process of death/grief, intensity of stress/emotional burden, lack of assertive communication between caregivers-healthcare team-patient.

Keywords:

SUMÁRIO: INTRODUÇÃO; 1. METODOLOGIA TEÓRICA 2. RELATO DE EXPERIÊNCIA; 3. CONCLUSÃO; REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo relatar a minha experiência com um membro familiar da família de origem em fase terminal até sua morte, bem como, com a família extensa no processo de luto. Além de observar as percepções acerca dos cuidadores em relação à morte, visualizando um processo de deixar ir, sob um olhar sistêmico.

Dessa forma, a Terapia Familiar Sistêmica (TFS) tem a premissa da circularidade, ou seja, cada membro da família sofre mudanças de forma circular no sentido que, um comportamento ou organização modifica, influência posteriormente o outro a mudança, tornando-se uma força interdependente (NICHOLS; SCHWARTZ, 2009). Neste contexto, a perda de um membro da família solicitará de todos os outros uma reestruturação. Assim, a TFS procura compreender as relações familiares na linha de três perspectivas de pensamento sistêmico, o primeiro é a complexidade em que o profissional tende a observar contextos em suas complexidades biopsicossocial; o segundo, instabilidade se refere ao âmbito familiar em que todo indivíduo está sujeito a mudanças, pois o sistema não é considerado imóvel; o terceiro, intersubjetividade considera que todos os indivíduos têm sua sabedoria, colocando assim, o terapeuta numa posição do “não saber”, embora o conhecimento se constrói juntos (MINUCHIN et al., 2009).

Para acompanhar uma família em luto, com ente em fase terminal, é necessário entender os possíveis processos relacionados à morte. Floriani (2013) acredita na morte kalotanásia ou “morte bela/boa morte” significando uma morte com sentido para cada indivíduo, da sua maneira, a sua própria “escolha” de morrer, assim, os familiares, amigos, filhos, esposas, o paciente terminal dentro das normas clínicas, socioculturais e étnicas, precisa compreender aos desejos do seu parente em adoecimento para que a

morte apropriada aconteça de maneira mais “saudável” possível. Além disso, essa “nova fase” subjaz menor pesar, dando um sentido de que mesmo a pessoa sabendo da sua condição, o mesmo encare da melhor forma possível. Tal qual, Arantes (2020), compartilha sobre a relação de um estado de “boa morte” através de cuidados paliativos, pois estes, com os devidos cuidados paliativos podem auxiliar ao paciente para aliviar as dores intensas em degradação do corpo, além disso, o foco dos cuidados é evitar o máximo de sofrimento tanto físico quanto psicológico.

Por conseguinte, Arantes (2019) traz em na sua perspectiva de médica geriátrica que no curso de medicina foram ensinados a focar na doença e na cura (saúde) deste, embora não foram preparados para lidar com as questões emocionais tanto do paciente quanto dos familiares/cuidadores, assim como, deles como profissionais, ao passo que, quando ocorre incurabilidade do paciente vê-se como uma impossibilidade de estar ao lado deste, levando-os ao sentimento de impotência, incapacidade diante da busca pela cura para o paciente. Por outro lado, também enfatiza que há sempre algo a fazer pelo paciente terminal, ou seja, pela pessoa, não a doença.

Nessa perspectiva, a importância de compreender a morte para o contexto familiar é necessária, uma vez que, em muitas culturas o sentido de morte para a família considera o fim da vida na qual o indivíduo torna-se inexistente para o meio social. Isto é, a morte faz parte do processo de desenvolvimento humano desde o nascimento a fase final de vida caracterizando assim a vivência da morte em vida, a parte que se liga ao indivíduo está relacionado com o vínculo estabelecido com o outro podendo ser parentes, amigos, amores, cônjuges, filhos (KOVÁCS, 2008). Com isso, o luto é uma simbologia do sujeito em decorrência da ausência do outro, gerando sentimentos em que ocorre por fases de raiva, negação, aceitação, etc. (CREPALDI et al., 2020).

O processo de luto pode desencadear conjuntos simultâneos de reações diante da perda, inicia-se por meio do “choque” advinda da informação da morte do familiar podendo ser acometidas de manifestações de desespero/raiva, assim, busca-se o desejo e a figura do ente querido, no decorrer desta, podendo desencadear uma possível desorganização por alguns períodos de meses ou anos, conseqüentemente essas reações é a confirmação da perda na qual todos os indivíduos estão sujeitos a passarem de alguma forma a perda de um familiar (BOWLBY, 1990).

Para o olhar sistêmico a família necessita vivenciar processo de luto/perda para se reorganizar passando a assumir também novos papéis, elaboração de novos self. A

figura perdida passa a não ter uma função, uma “identidade” naquele sistema, devido a isso, ocorre um desequilíbrio para que os membros possam se acomodar e adequar seus novos papéis ou não, com isso, para a TSF o importante é como o sistema familiar lida com a morte do falecido e quais os meios que utilizam para superar a perda (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Outrossim, o cuidador/a familiar e os profissionais de saúde, como o psicólogo do paciente em estado terminal, devem levar em consideração o estado emocional do sistema familiar para que não ocasione consequências adicionais (KUBLER-ROSS, 1998). Assim, gera-se percepções acerca da morte, mais especificamente o processo desta, na qual o cuidador familiar passa a experienciar o luto que inicia juntamente com o processo de deixar ir em relação ao membro enfermo. Dependendo do estado físico, psicológico do sujeito em reação a um prognóstico insatisfatório, os cuidadores que também são acometidos pelo sentimento de impotência em não ser útil para barrar o avanço da doença do familiar. Alguns acreditam que não falar sobre o real estado do enfermo no qual a doença avança seria o ideal, nesse sentido, o não falar da doença pode “matar” numa equivalência instantânea, enquanto o significado da verdade sobre a doença em si, propicia falar sobre morte para a própria pessoa (ARANTES, 2019).

Em consonância a essa realidade entre cuidador-paciente, ocorre também uma simbiose e atitudes entre o cuidador-paciente-profissionais da saúde. Quando o silêncio se torna um vínculo cabível para essas pessoas apresentando perspicácia velada no sentido da realidade diagnóstica do paciente e uma comunicação não assertiva, em que o silêncio passa a ser justificado com a ideia de proteção, isso, pode gerar sentimento de impotência dos profissionais da saúde/cuidador familiar e o paciente enfermo ainda pode negar a dor para minimizar o sofrimento para os familiares/parentes/equipe de saúde.

A linguagem e as informações utilizadas pela equipe e a família às vezes são ineficientes, pois podem omitir o real estado do paciente como uma forma de proteger e por questões “éticas” de zelar pelo bem-estar do paciente, dessa forma, relatar sobre o estado do paciente para este próprio, é torná-lo consciente de sua partida. Às vezes, apesar de ser também uma escolha do familiar responsável pela forma e como comunicar o processo de adoecimento, observar e acompanhar o sofrimento deste paciente sem a devida informação sob seu quadro clínico, até o último dia de vida é torná-lo ausente/não pertencente de sua morte (VOLLES et al., 2012).

Tem-se a importância de comunicar ao paciente sobre sua condição clínica, do

diagnóstico ao prognóstico para que possa promover melhor compreensão quanto a doença, as mudanças no corpo, sobre os tipos de reações, tirar dúvidas no que diz respeito à sua saúde. Com isso, o vínculo que se estabelece facilita a comunicação educativa proporcionando aceitação do diagnóstico e prognóstico de maneira adequada (CAMPOS et al., 2019). Além disso, Carl Rogers (2017) fala que para torná-lo ser para a morte, o que penso que ameniza o apego e o sofrimento.

1 MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de cunho qualitativo (MINAYO, 2001). Ao qual descrevo minhas percepções acerca do olhar da Terapia Familiar Sistêmica sobre processo de luto com um membro familiar em fase terminal, que ajudou mais tarde a nortear a minha prática clínica no estágio profissional. A experiência se deu na cidade de Cotegipe-BA, em uma unidade hospitalar, durante 4 semanas. Para que a partir deste relato contribua para o acompanhamento de outras famílias/cuidadores em processo de luto, auxiliando no atendimento clínico/hospitalar acerca das situações vivenciadas para melhoria na saúde pública.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em decorrência da experiência, achei interessante discorrer-la na primeira pessoa, seguindo o embasamento teórico científico e com intenção de passar essa experiência mais fidedigna possível para os leitores leigos e não leigos em que compartilho dificuldades na posição de neta, filha de um sistema familiar de origem/extensa, além das dificuldades, apresentar aspectos da vivência do processo de morte e luto. Saliento que, relatarei como foi passar por esse aprendizado e de como amadureci no decorrer deste com minha família extensa. Considerando os aspectos de uma família extensa patriarcal na qual carece de conhecimento, sendo mais um motivo para considerarmos o contexto das relações.

Um dos motivos que me fez refletir sobre o tema foi devido o falecimento do meu avô, ao percorrer cotidianamente por um “carreiro” (uma expressão baiana/nordestina utilizada para denominar o que chamamos de uma estradinha que serve de passagem) que liga a casa da minha progenitora a casa de seus pais, reflexiva sobre a frase dita pouco antes do seu falecimento: “vamos ficar bem sentindo sua falta”, num diálogo nosso (entre ele e

eu) em que ocorreu no leito hospitalar em que se encontrava hospitalizado. Assim, experimentar de ambos os lados, como participante da família e estudante de psicologia o processo de morte e as instabilidades do sistema durante e após ele, trouxe sentimentos ambivalentes e paradoxais. Tornar-se também uma das cuidadoras e com a responsabilização e julgamento da família de ter um saber desconhecido por eles suscitou implicitamente a função de condução do processo de luto, que na verdade não cabia a mim naquela configuração. Ou seja, havia uma transferência de papéis sobre o cuidado não só com o membro em desfalecimento, mas também com os fazeres de sua propriedade, na administração dos negócios da família nuclear, no cuidado com a matriarca, e na minha própria rotina de estudos.

O patriarca da família completará recentemente 89 anos, períodos antes a ser hospitalizado apresentava condições físicas/cognitivas que mostrava indícios de fragilidade sinalizado principalmente em seu discurso. Isso desencadeou a sensação de despedida nos membros familiares, dessa forma, houve a primeira recaída, o patriarca apresentou infecção urinária dando um pontapé aos processos de sofrimentos, internações, instabilidade familiar, inserção das rotinas hospitalar, proibição de visitas que verberou questões emocionais em torno dos cuidadores em dobro devido o receio do covid-19. Depois seu quadro evoluiu negativamente com edema pulmonar. Nesta fase do ciclo vital, o idoso passa por declínios físicos/cognitivos, com prevalência de infecções no trato urinário, que podem interferir na imunidade do idoso (MOREIRA et al., 2007). A dificuldade cognitiva pode contribuir para a perda das funções exercidas no contexto familiar, podendo afetar diretamente na autonomia, impossibilitando o idoso de exercer a independência por questões de doenças. (DIAS et al., 2014).

Refiro acima, a preocupação em dobro pelo contexto atual de pandemia no mundo, principalmente no Brasil. Embora as internações não tenham sido por covid-19 o contexto infere no psicológico dos cuidadores/pacientes. Segundo o Ministério da Saúde (2021) tem-se um total de 450 mil mortos por covid-19, até o momento, estando a frente dos Estados Unidos, situação que vem contribuindo para maior preocupação de pessoas com familiares internados tanto de covid quanto por outras doenças, acidentes, etc. Assim a pandemia se torna um agente estressor para o sujeito e sua família que sentem a vida sob ameaça. (SOUZA; SOUZA, 2019). A doença e o contexto de pandemia afetam aspectos da identidade estrutural/sistema familiar contribuindo para crise da não existência do indivíduo, a desorganização do núcleo familiar dificultando o processo de reorganização de novos

papéis, como a escolha do cuidador. Além disso, as crises vivenciadas pelos membros da família estão interligadas com a internação do familiar enfermo, contexto sociocultural, transgeracionalidade sobre o sentido de doença e/ou internação que geraram gatilhos para o estresse, ansiedade acentuada, tomadas de decisões difíceis focalizando no bem para todo o núcleo familiar. Ainda houve o sofrimento interno para a família, pois a equipe de saúde focada na doença do paciente, desumaniza-o. Por fim, é necessário ter-se um olhar além do biológico (SIMONETTI, 2004). Em relação a isso, a falta de informações adequadas da equipe sobre o real estado do membro familiar pode ser uma forma de proteção internas/externas do próprio profissional de si/para outrem. Sobre os impactos da vida cotidiana que os cuidadores/pacientes enfrentam por meio dos novos horários do hospital, rotinas hospitalares, alimentação, horários (BEUTER et al., 2012).

Por esta razão, a primeira dificuldade foi para com os médicos sobre a hipótese que meu familiar estaria com o covid-19, para sanar essa hipótese foram feitos exames que resultaram negativos para o vírus, sendo uma questão de prevenção e cuidado com todos, inclusive o enfermo. Dado esta informação, observei os discursos transmitidos pelos cuidadores aos membros da família, a informação sobre a necessidade dos testes intensificou o sofrimento emocional dos membros, inclusive o meu. A preocupação ressoava por se tratar de um idoso em estado delicado de saúde orgânica, contrair o vírus seria o momento crucial de uma perda rápida sem a possibilidade de despedida, com isso, gerou-se, medos, instabilidades emocionais influenciando nas escolhas dos cuidadores, ou seja, a dificuldade expressa nos filhos para adquirir uma posição de cuidador que desencadeou discórdia, desequilíbrio no sistema familiar, evasão de responsabilidades inflexibilidade do sistema.

Carter e McGoldrick (1995) descrevem que essa escolha geralmente é espontânea. Contudo, entre os filhos teve-se essa ausência de “espontânea”, a escolha foi deliberada. Assim, dentre nove irmãos apenas dois se prontificaram a assumir o papel de cuidadores, estes desempenhavam papéis no cuidado com os pais antes em atividades de desempenho físico, embora nesse contexto exigiam mais deles. Frente a isso, destinaram-me responsabilidades que eram aderidas apenas a estes como filhos (aos sete que ficaram externos à situação) havendo sobrecargas de responsabilidades até certo ponto indevidas. Outras funções foram desempenhadas em prol da minha mãe, exercendo a função de filha em auxiliá-la nas atividades que me foram confiadas, além das crenças de que como estudante de psicologia era minha responsabilidade proporcionar suporte/apoio emocional a família (CALDAS, 2003). Subentendi que auxiliar minha progenitora em suas funções era

uma forma de amparar os cuidados que ela prestava ao seu pai. Diante da dificuldade de estabelecer os cuidadores em um “jogo de empurrar “abre-se um questionamento, até que ponto o cuidador cuida por amor, ou obrigação, por responsabilidades mesmo sendo uma vivência dolorosa? Possivelmente o cuidar não seja uma questão problema, mas quando o cuidador se depara sem o apoio emocional que é esperado da família, este sente-se frustrado e cobrado diante da situação. O cuidar é visto pela sociedade como algo natural atribuída a função da mulher transmitida culturalmente, a maior parte são de mulheres que se tornam cuidadoras de seus pais/filho/marido/irmão/avós por volta dos 40 anos de idade em comparação aos homens como cuidador. Por essa consequência cultural o cuidador recorre para os demais membros da família em busca de suporte emocional para diminuir os aspectos negativos do cuidar, quando o suporte que se espera não ocorre pode potencializar o sentimento de falta de apoio, aumentando a pressão psicológica nesses sujeitos (CAMACHO et al., 2012) Posto isto, a resistência dos membros em eleger os cuidadores para acompanhamento do ente familiar ao hospital acarreta tensões/desconforto em famílias que possuem dificuldade/inflexibilidade de escolha.

Outrossim, a representação do familiar enfermo na família tem-se relevância nos papéis que foram desenvolvidos que o cuidar torna-se um momento de despedida, mas todos estão fadados ao momento (MARCON et al., 2005). Em relação a comunicação com os médicos de plantão, ausentaram informações triviais sobre o estado do ente para a família. Com isso questiona-se o quanto a informação omitida pode inferir na compreensão dos familiares do ente. No senso comum, tem-se a ideia de que a omissão pode proteger o indivíduo a um sofrimento, por outro lado, esta questão pode está dificultando a elaboração do luto dos familiares, ansiedades, questionamentos sem respostas, se sentirem vulneráveis, incapacitados e não pertencentes ao quadro clínico. Talvez essa ideia sanciona aos médicos a omissão do quadro clínico ao paciente e ao cuidador. Desse jeito, é substancial enfatizar que o paciente percebe o seu corpo, o cuidador pela observação ou com o diálogo concerne implicitamente/explicitamente o estado do enfermo, ou seja, o indivíduo sabe sobre seu processo, não em termos técnicos, mas pelo que ocorre com seu corpo e a sua volta (OLIVEIRA; MASTROPIETRO, 2010).

Por esta razão, a comunicação entre médico-cuidador pauta-se a falta de conhecimento técnico quanto aos termos médicos na qual os cuidadores prescindem destes conhecimentos por analfabetismo (não só por isso porque tem outros tipos de conhecimentos), havendo a necessidade na flexibilização da linguagem médica. Devido ao

"não saber", os profissionais da saúde desconsideraram os saberes colocando-se como detentores dos conhecimentos, portanto transparecia que a comunicação assertiva descia de nível do próprio saber profissional. Na psicologia, aprendemos acolher o outro no seu saber e não a outrem. Desse modo, os cuidadores possuem diversos saberes socioculturais, por esta questão, a relevância de uma linguagem simples para que possam auxiliar na compreensão das informações a serem passadas pelos médicos sobre seu familiar que serão passadas para outros familiares.

Além disso, aos profissionais da saúde ao observar os saberes dos cuidadores podem agregar para o receituário de medicação adequada favorecendo bom "prognóstico" do cuidado paliativo ou para uma "morte adequada". Em referência aos profissionais da saúde-paciente-família esta relação de comunicação na busca de informações do estado do paciente pode contribuir para o processo de luto dos envolvidos, o todo (APA, 2010). Após os momentos de tensões houve a comunicação do médico referente ao estado de saúde do ente familiar, que se encontrava em fase terminal, também explicaram a respeito dos cuidados paliativos para as crises de pulmões, oxigenação para auxiliar na melhora da respiração, das dores que culminaram o corpo conseqüentemente.

Os cuidados paliativos baseiam-se na prevenção no alívio do sofrimento causado pela doença, assegurar a vida e a morte como uma marcha natural da vida, não apressar ou remediar a morte, a junção de questões psicológicas e espiritual e a promoção de qualidade no âmbito do paciente e seus familiares por meio da possibilidade de morte (CARVALHO; PARSONS, 2012). A princípio informaram que não poderiam haver despedidas no momento, cientes das determinações médicas, a matriarca da família necessitava se despedir do seu companheiro foram feitas duas tentativas para que pudesse ocorrer esse encontro.

Na segunda tentativa, conseguimos autorização de um dos médicos de plantão, tomando todos os cuidados que nos foram norteados e exigidos para que o encontro ocorresse. Nos dividimos em dupla para entrar ao quarto, posteriormente, havia chegado minha vez de despedir e dialogar um pouco com meu ente. Após isso, me deparei com questionamentos reflexivos sobre meu estado emocional, se era um estado considerado normal ou seria uma maneira de demonstrar ser forte para a família, mas internamente ressoava paz. Depois abordei essa questão no diálogo com meu familiar mais adiante. A partir da despedida realizada, a família automaticamente passaram a se unir e auxiliar uns aos outros, apresentando e estabelecendo a organização no sistema familiar. Para que a organização fosse a modo de suporte, a família apoiava-se na fé religiosa para passar juntos

pela perda do ente. Assim, estudos comprovam a importância da fé e a oração para o enfrentamento de situações frente a perdas, doenças, melhora a imunidade do corpo, entre outros (CARVALHO et al., 2014).

Outros pesquisadores descobriram como a fé age em funções cerebrais na região dos lobos frontal responsável pelas emoções e o lobo parietal que está relacionado ao estado de consciência quando acionada pela prece (G1, 2013). Citado anteriormente sobre a paz e o diálogo com meu familiar, deste modo prossegue relatando como foi a comunicação entre nós de forma não verbal entre gestos e sorrisos e verbal pela fala. Logo, aproximo-me para falar a respeito da morte e surpreendentemente meu familiar apresentou aceitação diante da morte, de tal modo que poderia prosseguir sem medo e com paz. Ao citar dois dos filhos, se emocionava demonstrando preocupação (um a cuidadora e outro morava em outra cidade), embora explicando que todos iriam ficar bem sentindo a sua falta. Este discurso que estava próximo o momento de partir (de morrer), com isso, meu familiar com os olhos direcionados a mim, afirmou com a cabeça e apertando a minha mão demonstrando estar consciente do que estava a falar. Foi dessa maneira que pude concluir e compreender através de gestos, e o contato visual que ocorria naquele momento.

Com relação a paz mencionada, o gatilho desta, pode ser desencadeada pela conversa sobre a morte e a partida em que era advinda das desconstruções que a psicologia proporcionou para o autoconhecimento (reconhecimento de limites e respeito de si), amadurecimento diante de situações de despedidas em que auxiliaram para a construção de uma nova perspectiva sobre conflitos (DE SOUZA et al., 2006).

Por esta compreensão do respeito e limite, uma das reflexões diante da vivência foi a de que, a partir do momento que você se torna uma “ponte de partida” a outrem (refiro sobre o processo de cuidados a um ente), devemos nos lembrar de que somos parte deste caminho de ida, o caminho da desconstrução/reconstrução do velho para novo, indo ao encontro que o torna humano, o nascimento e a morte de si (ARANTES, 2019). Refere-se a um sentido de morte em vida, algumas pessoas não possuem a consciência de que vivem sem um sentido, levando-os a uma vida monótona e sujeitos a morte física ou simbólica. A partir desta percepção do ser e a morte, O'Donnell (2014) complementa que a transformação do ser, requer soltar o velho ser para adquirir a aprendizagem e o amadurecimento, que são necessários para reconstruir uma percepção mais positiva de si e das experiências pela qual o sujeito passa, ou seja, a paz interior origina-se de uma transformação interior que traz paz, assim também, derivada de uma responsabilidade que cada indivíduo tem sobre si.

Com isso, as instâncias que me levaram a escrever sobre este processo de aprendizagem, foi a partir da necessidade de extravasar a raiva que me foi causada através da percepção do contexto na qual me encontrava e a forma para expressar isso, a de relatar tal experiência para que este meu sentimento possa ser ressignificada e transformada em auxílio para outras pessoas. Conforme fui construindo e descrevendo meus lamentos as ideias iam-se clarificando, assim pude amadurecer na construção deste relato e perceber o meu luto através dele, o luto de uma ideia de família cuidadora. Enquanto estava sendo orientada pela professora, fui me percebendo mais e acomodando a ideia de que meus familiares também tinham suas limitações emocionais, pois a minha raiva não era em relação a ausência do meu familiar, mas da minha família extensa, mais especificamente, a disposição para os cuidados com meu ente, ocasionando-me a desconstrução de percepções, ensinamentos e expectativas construídas no seio familiar, ou melhor, a desconstrução de ilusões sem condenar o outro. Como O'Donnell (2014) discorre, passei pelo processo de desconstrução do velho para perceber e elaborar o novo, pois somos responsáveis pela nossa paz interior, o amadurecimento diante de um aprendizado. Por fim, pude observar e desenvolver o meu self familiar de origem/extensa, mesmo sendo a soma da transgeracionalidade, podemos somar diferente e mudar padrões, medos, fragilidades e fortalecer com nossas experiências. Talvez vocês leitores possam compreender de várias maneiras este relato, mas para mim, fecho um ciclo de uma vivência singular e fidedigna.

A escrita me conduzia para minha própria terapia, por assim dizer, terapêutica. Dessa forma, a escrita pode ser uma recomendação para pessoas que possuem dificuldade em expressar-se como se sentem diante de alguma situação delicada ou especificamente ao luto. A transferência dos sentimentos para a escrita pode trazer uma ampla percepção e a possibilidade de elaboração insight ao que se expressa, além disso, auxilia na diminuição da ansiedade, tristeza, raiva, aceitação, aliviar o sofrimento, angústias e resiliência (BENETTI, 2016). Sendo assim, meu familiar se foi em pouquíssimos dias, realizamos todos os trâmites ritualísticos necessários para nós. O velório aconteceu na residência do falecido para que os parentes, os conhecidos, os amigos e os vizinhos pudessem se despedir. Além do mais, passamos pelo rito, seguindo regras e cerimônias católicas conforme a cultura do sistema. Vale ressaltar que houve medidas preventivas de distanciamento, uso de máscaras, álcool em gel, o transporte funerário específico para falecimento de pessoas com outras doenças, entre outras.

A função dos rituais tem a importância de proporcionar a acomodação do processo

de luto no sistema familiar através do reconhecimento da perda, auxilia na união familiar, despedidas de vivências e encerramento do ciclo de vida. Em vista disso, o ritual de passagem envolve a exposição do corpo da pessoa à comunidade, família, parentes e amigos, um momento de reconhecimento da morte social (SOUZA; SOUZA, 2019). Além disso, vale ressaltar que muitas famílias que perderam seus entes queridos pelo covid-19 não tiveram a oportunidade de realizar os rituais socioculturais pois os corpos são lacrados no caixão e entregue a família sem a possibilidade dos trâmites ritualísticos, indo assim, direto para o cemitério (OMS, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se as percepções diferentes entre as gerações dessa família sobre o luto, em que minha progenitora disse para mim, que antigamente as pessoas ficavam de luto por um ano e tinha que demonstrar sofrimento diante da perda de alguém citando sua mãe como exemplo disso. Segunda ela, atualmente isso mudou, os tempos mudam a forma de vivenciar o luto pela família principalmente entre as gerações mais novas. Seguindo ainda esse discurso, o sentido do luto tem menos pesar e mais alegria nesse caso, pois o sofrimento exposto e as possibilidades de cuidados puderam ser oferecidos no momento da necessidade prevista. A reflexão e aprendizagem deixada como estudante de psicologia na qual me encontro até o momento no estágio clínico e hospitalar ou talvez já estarei formada e a depender do acesso dos leitores a este relato, é a de que, o indivíduo em fase terminal ele sabe sobre seu processo, não em termos técnicos, mas pelo que ocorre com seu corpo e a sua volta, podendo se comunicar através do corpo, expressões, olhar, gestos ou até mesmo, nas dores que nesse caso falaram muito mais do que palavras.

Espero que proporcione contribuições significativas para nortear como futura psicóloga, melhorias na atenção à família no contexto hospitalar e nas redes de apoio como a contratação de mais psicólogos da área, projetos que possam ser desenvolvidos com equipes de saúde em hospitais para promover e desenvolver uma comunicação assertiva com pacientes e alívio do estresse. Sobre isso, ter um olhar além do biológico a ser trabalhado pelos profissionais da saúde para o indivíduo traz a relevância da interligação relacional dando significado a esta, mas de modo mais assertivo.

Os profissionais da saúde podem estar interagindo com os pacientes terminais, com sua família, com os cuidadores, adicionando significados a partir da comunicação empática

e assertiva, auxiliando na minimização dos impactos destas com a externalizando o quadro clínico. Isto é, cada pessoa da família lida com a sua dor da melhor forma possível e singular. Por sua vez, em grande parte dos lutos, os discursos, as lembranças, os objetos, as brincadeiras, o sorriso de quem morre se esvai na saudade de quem de quem fica. Confesso aos leitores que estou em processo de luto com dificuldade de relatar tais fatos está inteiramente cheia de saudades.

O contexto em que nós estamos de pandemia contribui para a intensidades emocionais e comportamentais dos indivíduos, principalmente para pessoas que estão familiares hospitalizados, de certa forma as perdas em massa envolvem o luto social. É compreensível diante dos fatores de risco os cuidados necessários à saúde. Esta experiência contribui para ampliar os olhares no âmbito dos cuidadores de idosos em que necessitam de acompanhamento cotidiano em que foi possível ter acompanhado por mim, através do estágio clínica sistêmica, os cuidadores com seu familiar idoso necessitam de total apoio para os cuidados de higiene, medicalização nos horários certos, acompanhamento ao médico/consultas de rotina, internação, de certa forma estes cuidadores sofrem ao observar o seu ente em estado de sofrimento físico, emocional/comportamental, da autonomia, a instabilidade no contexto familiar no qual proporcionou como estagiária lapidar/amadurecer habilidades de flexibilização na escuta, no acolhimento, amadurecimento nas estratégias propostas. Ambas a relação paciente estagiária de psicologia contribuiu como suporte para lidarem com a sobrecarga emocional, o estresse, a ansiedade e as instabilidades emocionais/comportamentais advindas do contexto atípico no Brasil (pandemia).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Dicionário de psicologia*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ARANTES, A. C.Q. *A morte é um dia que vale a pena viver: um excelente motivo para se buscar um novo olhar para a vida*. Sextante, 2019.

APEGO, Bowlby J. *Perda: a natureza do vínculo*. 1990.

BEUTER, M. et al. Sentimientos de los familiares acompañantes de adultos frente al proceso de hospitalización. *Escola Anna Nery*, v. 16, n. 1, p. 134-140, 2012.

BENETTI, I. C; DE OLIVEIRA, W. F. O poder terapêutico da escrita: quando o silêncio fala alto. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental*

Health, v. 8, n. 19, p. 67-76, 2016.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 1995.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 733-781, 2003.

CAMPOS, V. F; SILVA, J. M; SILVA, J. J. *Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família*. *Revista Bioética*, v. 27, p. 711-718, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>

CARVALHO, C. C et al. A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 684-690, 2014.

CREPALDI, Maria Aparecida et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 37, 2020.

DIAS, Roges Ghidini et al. Diferenças nos aspectos cognitivos entre idosos praticantes e não praticantes de exercício físico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 63, p. 326-331, 2014.

DE SOUZA MINAYO, M. C; DESLANDES, S. F; GOMES, R.. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes Limitada, 2011.

DE SOUZA, Luciana Karine et al. Psicologia e paz: a perspectiva de estudantes universitários. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 58, n. 1, p. 12-20, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus – COVID-19*. 2021. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso em 15/03/2021.

MINUCHIN, S; NICHOLS, M. P; LEE, W. Y. *Famílias e casais: do sintoma ao sistema*. Artmed Editora, 2009.

MARCON, Sônia Silva et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 14, n. SPE, p. 116-124, 2005.

MOREIRA, Iali Patricia Beloto et al. Principais aspectos do tratamento das infecções no idoso. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 6, p. 488-495, 2007.

NICHOLS, M. P., SCHWARTZ, R. C. *Terapia Familiar: Conceitos e Métodos*. Artmed Editora, 2009.

O'DONNELL, K. *A paz começa com você: exercícios de paz para enfrentar as crises*. Brahma Kumaris, 2014.

OLIVEIRA, É. A. D; SANTOS, M. A. D; MASTROPIETRO, A. P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em estudo*, 2010; 15(2), 235-244.

ROGERS, C. R. *Tornar-se pessoa*. Martins Fontes, 2017.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, C. P. D; SOUZA, A. M. D. Rituais fúnebres no processo do luto: significados e funções. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2019; 35.

TAVARES DE CARVALHO, R.; PARSONS, H. A. *Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado*. Sao Paulo, Brazil: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

VOLLES, C. C; BUSSOLETO, 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.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.