

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

MARIANA DA SILVA MARTINS RIBEIRO

O luto e a atuação do terapeuta ocupacional frente a esta condição da vida

Rio de Janeiro

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

MARIANA DA SILVA MARTINS RIBEIRO

O luto e a atuação do terapeuta ocupacional frente a esta condição da vida.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Terapia
Ocupacional da Universidade Federal do Rio
de Janeiro para obtenção do grau de
bacharel em Terapia Ocupacional.

RIO DE JANEIRO

2015

Nome: RIBEIRO, Mariana da Silva Martins

Título: O luto e a atuação do terapeuta ocupacional frente a esta condição da vida.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Terapia Ocupacional da Universidade
Federal do Rio de Janeiro para obtenção do grau de
bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em 07/07/2015.

Banca Examinadora

Samira Lima

Prof^a Dr^a em Psicossociologia de comunidades e Ecologia Social

Orientadora

Mônica Villaça Gonçalves

Prof^a mestre em Saúde Pública

Membro da Banca

Dedicado à Edson Leite Martins e Vera Lúcia
da Silva.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força e determinação.

Aos meus pais por toda assistência.

À prof^a Dr^a Samira Lima, pela atenção, paciência e credibilidade durante o processo de orientação.

*“Quem olha para fora,
sonha*

*Quem olha para dentro,
desperta.”*

Carl Jung

RESUMO

A dissertação sobre este tema originou-se devido a experiências e observações de como as pessoas apresentam grandes dificuldades de lidar com suas emoções, com sua mente, sentimentos e superação de alguns problemas pessoais. Objetivou identificar, nas publicações específicas da área, de que maneiras a terapia ocupacional vem se colocando diante as situações de perda e luto, a importância do acolhimento e acompanhamento de um profissional / escuta sensível. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa do tipo pesquisa bibliográfica utilizando artigos de revistas nacionais de maior circulação de Terapia Ocupacional que abordem esta temática entre os anos de 2010 - 2014. Foram encontrados 34 artigos, 4 tratam da perda ou luto diante da morte, ou iminência da mesma; outros 8 tratam das perdas diante de situações de expectativas frustradas ou rotinas alteradas por motivos que variam de acompanhamento quanto cuidadores de entes hospitalizados à saída do mercado produtivo devido a deficiências físicas adquiridas ou envelhecimento e suas características (aposentadoria), 12 artigos abordam a temática da importância do tratamento terapêutico ocupacional nestas situações de perdas e/ou alterações do cotidiano e 10 artigos sobre conceitos que fundamentam a prática da Terapia Ocupacional.

Palavras-chave: Luto, Perda e Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The dissertation on this topic occurs by experiences and observations of how people have great difficulties to deal with their emotions, with his mind, feelings and overcome some personal problems. In order to identify, in specific publications in the area, in what ways occupational therapy has been on putting the loss and grief situations, the importance of the care and supervision of a professional / sensitive listening. It is a qualitative nature study of its kind bibliographic research using articles of national magazines with the largest circulation of Occupational Therapy to address this issue between the years 2010 - 2014. Everyone has free will to live as you want; You have the right of expression, and why not, the right to fight? When death happens, it's healthy that people of greater appreciation for the deceased (a) to experience grief in a way that the final product of this process is to adapt to loss, which provides period of reflection about life, personal growth and values. They found 34 items, 4 deal with loss or grief on the death or imminent thereof; other 8 deal with losses in situations of failed expectations or routines altered for reasons ranging from monitoring as loved caregivers hospitalized outside the productive market due to acquired physical disabilities or aging and their characteristics (retirement), 12 articles address the issue of importance of occupational therapy treatment in these situations of loss and / or changes daily and 10 articles on concepts that underlie the practice of occupational therapy.

Keywords: Grief, Loss and Occupational Therapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVO	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivo Específico	15
3.3 Hipótese	15
4. QUADRO TEÓRICO	16
4.1 A Perda	16
4.2 O Cotidiano Pós Perda	21
4.3 A Terapia Ocupacional na Elaboração do Luto	21
5. METODOLOGIA	25
5.1 Métodos da Coleta	25
5.2 Métodos da Análise	25
6. RESULTADOS E ANÁLISES	26
a) O luto por morte	26
b) O luto frente a outras perdas	27
c) O luto como objeto de tratamento, em terapia ocupacional, diante de qualquer experiência de perda	29
d) Conceitos que fundamentam a prática da terapia ocupacional diante do luto	30
7. DISCUSSÃO	33
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
10. APÊNDICE	39

1. INTRODUÇÃO

Segundo Bromberg (1994) e Parkes (1998), o luto consiste na expressão de perdas significativas. Trata-se de um sentimento expresso frente a uma separação ou ruptura, que pode ser de alguém, de algum objeto, da condição financeira ou de um bem material, parte do corpo dentre outros.

O luto, entendido como uma constelação de reações psíquicas, conscientes e inconscientes, e ainda sociais e ocupacionais, refere-se a uma perda significativa, é uma experiência complexa que transcende o âmbito individual, repercutindo no grupo social, incluindo também os profissionais que prestam cuidados (CORRÊA, 2009, 2010).

A configuração do luto diante da perda de alguém é algo que foge do nosso domínio. Ainda que a morte seja um fato comum e natural da vida, porque nunca estamos preparados? Por que a ruptura de laços é tão dolorosa?

A resposta está na vinculação; “A teoria da vinculação de John Bowlby é essencialmente uma teoria da origem e natureza do amor... verificou-se que a vinculação é um processo, uma interação dinâmica e não um laço estático” (CHISHOLM, 1996, p. 37-38).

Entre adultos, uma relação saudável e satisfatória não é unidirecional (como o cuidado da mãe com o bebê); mas pelo contrário, se assenta na reciprocidade. De uma forma simplista, pode-se considerar que quanto mais forte for o laço estabelecido entre duas pessoas, maior será o impacto e sofrimento advindos da ameaça ou ruptura real desse laço.

Sanders (1999) considera que o luto representa o estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda, sendo um termo global para descrever o vasto leque de emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem como resultado da perda; consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases para que tal aconteça.

Desta forma, a adaptação à perda, de acordo com Worden (1991), envolve quatro etapas básicas:

- a) Aceitar a realidade da perda

Quando alguém morre, mesmo sendo uma morte previsível, há sempre um sentimento de que tal não aconteceu. Desta forma, a primeira dificuldade diante do sofrimento é

percebermo-nos da realidade de que a pessoa morreu e que não irá voltar. O comportamento de busca relaciona-se diretamente com a realização desta tarefa, consistindo, por exemplo, em chamar pela pessoa perdida ou enganar-se na identificação de pessoas, confundindo-as com a pessoa falecida. O permanecer nesta fase pode dever-se a não acreditar na perda através de um determinado tipo de negação (Dorpat, 1973 *apud* WORDEN, 1991): - fatos da perda; - significado da perda; - irreversibilidade da perda.

Negar os fatos da perda pode variar em grau desde uma ligeira distorção até um delírio em larga escala. O que acontece mais frequentemente é a pessoa passar por uma "mumificação" (Gorer, *apud* WORDEN, 1991), isto é, reter os bens materiais do falecido e mantê-los tal como estavam para quando "regressar". Outra forma das pessoas se protegerem da realidade é negarem o significado da perda, permitindo que a perda aparente ser menos significativa do que na realidade foi. Exemplos comuns são afirmações como -"ele não era um bom pai" ou "não éramos assim tão chegados" - e se desfazer dos pertences que lembram o falecido, jogando fora, atuando de forma oposta à mumificação, tendo a intenção de minimizar a perda.

O esquecimento seletivo é outra forma de negar a realidade da perda, como o esquecimento de bons momentos ou do rosto da pessoa que se perdeu. Algumas pessoas impedem a finalização desta etapa negando que a morte é irreversível. Uma estratégia utilizada para negar a finitude da morte é o espiritualismo. A esperança de reunião com a pessoa morta é o sentimento normal, principalmente nos primeiros dias e semanas após a perda. Contudo, a esperança crônica por tal reunião pode ultrapassar esse primeiro período e se instalar na vida dos que permanecem vivos.

Chegar a uma aceitação da perda leva tempo, pois envolve não só uma aceitação intelectual, mas também emocional, que é mais demorada. Apesar de levar inevitavelmente tempo, os rituais tradicionais, como o funeral, ajudam muito os enlutados a avançarem na aceitação da perda. Um ritual, em um sentido amplo, é uma ação expressiva de anseios comuns, ligado a valores comuns e realizado coletivamente.

b) Trabalhar a dor da perda

Muitas pessoas experimentam dor física, bem como dor emocional e comportamental associadas à perda. Uma vez que a pessoa em luto tem que passar pela dor causada pela perda, o enlutado pode se recusar a este sofrimento sendo uma maneira de evitar ou suprimir essa dor, que irá provavelmente prolongar o processo de luto (Parkes *apud* WORDEN, 1991). As pessoas podem recompensar esta tarefa de várias maneiras, sendo a mais comum cortar com

os sentimentos e negar que a dor está presente. Outras formas possíveis são procedimentos para parar o pensamento, idealizar o falecido, evitar coisas que lembrem o falecido e utilizar álcool ou outras drogas.

c) Ajustar a um ambiente em que o falecido está ausente

Ajustar-se a um novo ambiente tem diferentes significados para diferentes pessoas, dependendo da relação que se tinha com a pessoa falecida e os vários papéis que ela desempenhava. Por exemplo, para muitas viúvas, o tempo que leva para se perceberem como é viver sem os seus cônjuges é cerca de 3 meses após a perda. Para, além disso, a perda de um marido pode significar as perdas de um parceiro sexual, um companheiro, um contabilista, um jardineiro, etc., dependendo dos papéis que eram normalmente desempenhados pelo seu marido (Parkes *apud* WORDEN, 1991). A estratégia de coping (de redefinir a perda de tal forma que pode recair para o benefício do sobrevivente) é normalmente parte do processo bem sucedido desta tarefa. Por exemplo, um homem que perde a sua mulher, que tinha como um dos vários papéis cuidar dos filhos, passa a resolver as questões relacionadas com os seus filhos, o que lhe dá um enorme prazer e percebe que isso não teria acontecido se a sua mulher não tivesse falecido.

Para as pessoas que definem a sua identidade através das relações e atenção que têm pelos outros, o processo de luto significa não só a perda de um ente querido, mas também um sentimento de perda do self (Zaiger *apud* WORDEN, 1991).

Outra área de ajustamento diz respeito ao sentido que a pessoa tem do mundo, pois a perda pode pôr em questão várias crenças e desafiar valores fundamentais.

Verifica-se, assim, a existência de 3 áreas de ajustamento necessárias após a perda de alguém que nos é próximo: ajustamentos externos (funcionamento diário no mundo), ajustamentos internos (sentido do self) e ajustamento de crenças (valores e considerações sobre o mundo). Ficar preso nesta etapa significa que não há uma adaptação à perda. É como se essas pessoas trabalhassem contra elas mesmas, não desenvolvem as competências que precisam para lidar com a perda ou isolam-se do mundo e não enfrentam as exigências que lhes rodeiam.

d) Transferir emocionalmente o falecido e prosseguir com a vida

Uma pessoa nunca perde as memórias de uma relação significativa. De acordo com Volkan (*apud* WORDEN, 1991), o processo de luto termina quando o enlutado deixar de ter uma necessidade de reativar a representação do falecido com uma intensidade exagerada no

cotidiano. No caso da morte de um parceiro, a disposição para entrar em novas relações está diretamente dependente de encontrar o espaço adequado para o cônjuge na vida psicológica do enlutado, um espaço que seja importante, mas que deixe espaço para outros (Schuchler e Zisook *apud* WORDEN, 1991). Uma maneira de não completar esta tarefa é não amar. A pessoa agarra-se ao vínculo que tem com o passado, em vez de seguir em frente e formar novas vinculações. Algumas pessoas sentem a perda de uma forma tão dolorosa que fazem um pacto com elas mesmas de nunca mais amarem. Para muitas pessoas, esta é a tarefa mais difícil de alcançar, ficando-se por vezes preso nela e só tomando consciência disso muito tempo depois, verificando que as suas vidas estagnaram após a perda. De acordo com Walsh e McGoldrick (1998), a sobre-idealização da pessoa falecida, um sentimento de deslealdade ou o medo catastrófico de uma nova perda podem bloquear a formação de novas vinculações e compromissos. Porém se bem trabalhada, esta tarefa pode ser alcançada e o enlutado perceber que pode voltar a ter novas relações afetivas sem deixar de amar a pessoa que perdeu.

Uma vez que o luto é um processo e não um estado, estas tarefas requerem esforço e tal como uma doença pode não ficar totalmente curada, o luto também pode ficar incompleto em algumas pessoas. E é nesta perspectiva, trabalhar a dor advinda da perda, que este estudo irá se debruçar na elucidação da contribuição terapêutica ocupacional.

2. JUSTIFICATIVA

Compreende-se que o luto faz parte do processo de elaboração da perda. Desta forma, deve ser considerado como estágio, processo ao qual o sujeito que vive a perda tem direito, demandando acolhimento e respeito, mais do que tratamento e condução. Entretanto, com a excessiva ampliação das compreensões de saúde e de adoecimento, que passam a invadir o cotidiano banal de qualquer sujeito, tem sido cada vez mais comum a patologização dos problemas experimentados ao longo da vida; entre eles, a tristeza do luto.

3. OBJETIVO

3.1. Geral

Identificar, nas publicações específicas da área, de que maneiras a terapia ocupacional vem se colocando diante das situações de perda e luto.

3.2. Específicos

- Analisar e discutir o papel que o Terapeuta Ocupacional vem assumindo diante do luto.

3.3. Hipótese

Tais objetivos foram desenhados a partir da hipótese de que, acompanhando as tendências de patologização dos sofrimentos, a terapia ocupacional tem diminuído sua defesa do direito ao sofrimento ante processos de perdas dolorosas, passando a compreender o luto como sintoma de adoecimento; tal tendência favorece a produção de estratégias de cuidado para a superação do luto, mais do que acompanhamentos que defendam o direito e o respeito ao luto, como parte da vida do sujeito acompanhado.

4. QUADRO TEÓRICO

*“... E assim chegar e partir
 São só dois lados da mesma viagem
 O trem que chega
 É o mesmo trem da partida
 A hora do encontro
 É também despedida...”*
 (Encontros e Despedidas – Milton
 Nascimento)

Após a perda de alguém que nos é querido, existe uma série de tarefas de luto que têm de ser concretizadas para que se restabeleça o equilíbrio e para o processo de luto fique completo.

4.1 A perda

Face à qualquer perda significativa, de uma pessoa ou até de um objeto estimado, desenrola-se um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido.

Há situações em que ao perder algum familiar ou parente pode representar mesmas cargas emocionais, sejam de paixão ou indiferença, mesmo aqueles que não conheciam a pessoa falecida e principalmente os membros familiares passam por um mesmo processo, mas nunca de uma forma igual, isso se explica no nível de vínculo afetivo e no grau de ruptura para o sistema familiar que é afetado por um número de fatores, sendo os mais significantes:

- 1) o contexto social e étnico da morte
- 2) o histórico de mortes anteriores
- 3) a altura da morte no ciclo de vida
- 4) a natureza da morte ou da doença grave
- 5) a posição e função da pessoa no sistema familiar e
- 6) a abertura do sistema familiar.

É indescritível o tremendo sofrimento que advém da perda de alguém que nos é querido, pois jamais alguma palavra conseguiria abarcar uma dor que aparenta ser incomensurável.

De acordo com Sanders (1999, p. 3), “existe um medo de que se uma pessoa alguma vez se entregar totalmente à dor, ela será devastada - como que por um maremoto enorme - para nunca mais emergir para estados emocionais comuns outra vez”.

Em contrapartida à esta afirmação de Sanders, há uma bem conhecida popularmente de que “às vezes você precisa afundar até as maiores profundezas para encontrar a energia necessária para ascender uma vez mais”. Sim, devemos nos dar o direito de sentir a dor da ruptura, a dor da perda daquela pessoa que nos era tão especial. Num momento como esse, tão delicado, sentimos nossas emoções mais a floradas, todas as questões relacionadas à vida nos confrontam de tal maneira que foge ao entendimento humano, é comum aos enlutados, a busca de explicações que satisfaçam a dor, isso faz parte do processo de aceitação e restauração. O sentimento da perda é um sentimento de desamparo. Uma lacuna, uma falha, que nenhuma outra pessoa pode sentir igual, já que é um processo singular. Alguns encaram a morte como fim, outros como um recomeço. Vai saber... É particularmente relativo.

Há uma linha muito tênue e imprecisa que separa o luto e seus desdobramentos patológicos (características de uma fase inicial que se segue à perda, acaba por se prolongar por um período de tempo superior ao habitual).

Sanders (1999) considera que o luto representa o estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda, sendo um termo global para descrever o vasto leque de emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem como resultado da perda; consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de fases para que tal aconteça.

Certas pessoas não compreendem a necessidade de experimentarem a dor do sofrimento e tentam a fuga geográfica, ou seja, viajam de sítio para sítio, tentando encontrar algum alívio das suas emoções, em vez de se permitirem satisfazer a dor, senti-la e saberem que um dia ela passará. É comum nesta fase do luto, a negação do fato, cortar com os sentimentos e evitar lembranças e de acordo com Bowlby (*apud* Worden, 1991), mais cedo ou mais tarde, a maioria dos indivíduos que evita o sofrimento consciente, acabam por colapsar normalmente em alguma forma de depressão.

De acordo com Ferrari (2005), é por meio da ação que o indivíduo explora, domina e transforma a si e ao mundo que o cerca. Dessa forma ele se relaciona, realiza-se, cria, descobre, aprende, ou seja, constrói sua própria história. A vida é um grande conjunto de ações e fazeres dependente da história dos sujeitos e de seu meio social e cultural.

O luto é saudável, quando vivido no momento da perda. É um momento de busca por acalantos que possam acalmar todas as incógnitas pertinentes a perda. A morte é um rito de passagem que marca aqueles que permanecem vivos, todos os sentimentos secundários a este atuarão no crescimento pessoal, remodelar virtudes e valores. Todo ser humano é constituído de experiências e aprendizados ao longo da vida, cada um possui sua bagagem emocional conseqüentes de escolhas. É saudável viver o luto, que nos sensibiliza de forma tão impactante, mas de resultados positivos, como o amadurecimento e a elaboração das perdas.

“Os sentimentos que acompanham a perda são intensos e afetam emoções, corpos e vidas, por um longo período; compreende uma tristeza preocupante, associada com momentos de angústia, raiva, saudade, medo e ausência” (BROMBERG, 2000, p. 24).

Sensações físicas normalmente sentidas após a perda:

- Vazio no estômago
- Aperto no peito
- Nó na garganta
- Hipersensibilidade ao barulho
- Sensação de despersonalização (nada parecer real, incluindo o próprio)
- Falta de fôlego,
- Sensação de falta de ar
- Fraqueza muscular
- Falta de energia
- Boca seca

Cognições ou pensamentos habituais após a perda:

- Descrença (não acreditar na morte assim que se ouve a notícia)
- Confusão (pensamento confuso, não conseguindo ordenar os pensamentos; dificuldade de concentração ou esquecimento de coisas)
- Preocupação (obsessão com pensamentos acerca do falecido)
- Sensação de presença (contraparte cognitiva do sentimento de anseio)
- Alucinações (visuais e auditivas; são uma experiência frequente nos enlutados; são normalmente experiências ilusórias passageiras, que ocorrem habitualmente após poucas semanas da perda e normalmente não provocam uma experiência de sofrimento mais complicada ou difícil)

Comportamentos usualmente manifestados após a perda:

- Distúrbios do sono (insônias)
- Distúrbios do apetite (normalmente há uma redução, mas também pode haver um aumento do apetite)
- Comportamentos de distração ("andar aéreo")
- Isolamento social
- Sonhos com a pessoa falecida
- Evitar lembranças da pessoa falecida
- Procurar e chamar pelo ente perdido
- Suspirar
- Hiperatividade, agitação
- Chorar
- Visitar sítios ou transportar consigo objetos que lembrem a pessoa perdida
- Guardar objetos que pertenciam à pessoa falecida.

De acordo com Inês Virgínia Soares, o luto “é um rito social de lembrança, realçando a ausência de algo ou alguém que se perdeu, fornecendo publicidade à saudade do desaparecido”, sendo uma das expressões culturais mais praticadas e perpetuadas pelo ser humano no curso da sua trajetória (SOARES, 2009, p. 322).

Quanto mais difícil a aceitação do fato, conseqüentemente torna-se mais longo o período para adaptação e desdobramentos das sensações e sentimentos secundários ao luto. Muitas vezes, perder alguém pode não significar pra um o mesmo que significará pra outro. No entanto a dor estará presente em ambos, sem que tenham o direito de subestimar e desrespeitar este sentimento.

Como se pode enfrentar a dor, conviver com a dor, elaborar a dor? Estas e outras indagações parecem encontrar respostas nas nossas formações íntimas, espirituais e culturais. Assim, um ritual racional tem por função exprimir anseios que são reconhecidos como valiosos pelo indivíduo. As religiões, tanto em seus ensinamentos quanto em seus rituais, usa uma linguagem simbólica. Essa essência simbólica é a expressão sensorial de experiências íntimas, de pensamentos e de sentimentos. Dentre os fatores que facilitam o enfrentamento e a elaboração do luto, é particularmente importante considerarmos os aspectos religiosos e espirituais do indivíduo em luto. Tais aspectos atribuem significados aos eventos de vida,

permitindo ao enlutado compreender sua história e elaborar o luto mais facilmente. “A espiritualidade revela-se como um indicador de resiliência, pois permite a atribuição de significados aos eventos negativos”. (SILVA, 2007)

A resiliência é um conceito psicológico definido como a capacidade de o indivíduo lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas - choque, estresse etc. - sem perder o rumo e o interesse em viver. Talvez seja *a linha tênue que há entre o luto em si e seus desdobramentos mais cruéis, que podem até alcançar patamares patológicos.*

Job (2003), que estudou a resiliência em organizações, argumenta que se trata de uma tomada de decisão quando alguém depara com um contexto entre a tensão do ambiente e a vontade de vencer. Essas decisões propiciam forças na pessoa para enfrentar a adversidade. Assim entendido, Barbosa (2006) propôs que se pode considerar a resiliência como uma combinação de fatores que propiciam ao ser humano condições para enfrentar e superar problemas e adversidades.

Mesmo cientes de que é necessário passar pelas quatro tarefas básicas (aceitação da realidade, trabalhar a dor, adaptação a perda e transferência emocional para prosseguir com as atividades da vida diária); por diversas vezes podemos perder o controle das nossas emoções durante esse processo que pode durar meses, anos ou até horas, e ter a sensação que esse abismo de sentimentos de tristeza não vai ter fim. A pessoa então pode experimentar uma variedade de reações que, conforme a ocorrência e a severidade das manifestações, irão repercutir na qualidade do viver. E administrar essas emoções requer esforços de conscientização de que essas fases precisam ser vividas para passar, é preciso ter a habilidade de se manter sereno diante de uma situação de estresse. Pessoas resilientes quanto a esse fator são capazes de utilizar as pistas para reorientar o comportamento, promovendo a autorregulação.

A lembrança do falecido ou quaisquer outras situações onde há a reativação do sistema de apego referem-se ao enfrentamento voltado para a perda dentro do Modelo Dual do Luto (MUCKULINCER, 2008). Este modelo descreve o enfrentamento do luto como uma oscilação entre duas orientações psicológicas: o enfrentamento orientado para a perda e outro que é orientado para a restauração. Assim, a elaboração do trabalho de luto depende da oscilação dessas duas orientações de tempos em tempos, permitindo a sua resolução ou complicação.

Não há uma resposta conclusiva quanto à duração do processo de luto, sendo impossível definir uma data precisa. É uma questão muito ligada a laços afetivos e relação de proximidade com a pessoa querida; para alguns pode durar meses, para outros, anos. Sanders (1999) vai mais longe e defende que as regressões são inevitáveis num processo de luto. Até mesmo quando o enlutado já passou claramente para uma fase seguinte, a pessoa pode regressar a padrões anteriores durante momentos estressantes ou de extrema fadiga. Assim, verifica-se que o luto não é um processo que progride de forma linear, podendo reaparecer para ser novamente trabalhado.

4.2 O cotidiano pós-perda

Culturalmente, a humanidade moderna se desenvolve sob a perspectiva da obrigação de superação das perdas, ou seja, depois de sermos abarcados por algum tipo de decepção e consequente tristeza sempre devemos “*levantar a cabeça e seguir em frente*”.

É preciso reivindicar e garantir o direito de se permitir sofrer, sentir a dor dessa perda é saudável, mesmo que o mundo se mova rápido demais. A velocidade do mundo moderno leva à sensação de que, se o sujeito desacelerar seu ritmo devido ao luto, perderá tempo; se ficar triste, ficará para trás. Logo, a tristeza passa a ser um mal a ser evitado, levando à sua patologização.

A superficialidade das relações e o mundo do trabalho acabam, muitas vezes, exigindo dinamismo e alegria na vida laborativa e social. A sociedade espera e exige que esse comportamento seja efetivado. O domínio e o sucesso nos papéis ocupacionais é extremamente valorizado pela sociedade. Quando há alteração de papéis de forma abrupta ou sem a vontade própria do sujeito, podem ocorrer adoecimentos, baixa autoestima, perda da identidade e da rotina, prejuízo na qualidade de vida etc. Desta forma, muitas vezes não é perda ou o luto em si que provocam o adoecimento, mas a forma como os círculos de convivência do sujeito enlutado encaram o momento que ele está passando.

4.3 A terapia ocupacional na elaboração do luto

Para Castro (2004), na formação do terapeuta ocupacional, estudos, discussões, observações, vivências e práticas preparam para um encontro que valorize a expressão e o acolhimento, as singularidades, o revelar rupturas, demandas, entre outras especificidades.

De acordo com Caniglia (2005), em Terapia Ocupacional, chamamos de Processo Terapêutico o percurso de condutas e procedimentos clínicos a partir do vínculo que se estabelece entre o terapeuta e o usuário, do primeiro contato até o desvinculamento. Para a autora, esse percurso pressupõe um processo de mudança, baseado em um referencial de saúde, pode-se dizer que o processo terapêutico ocupacional se constitui pelas seguintes etapas: recepção, entrevista, avaliação, intervenção e alta. A qualidade em cada dessas etapas faz toda diferença na construção do vínculo terapeuta – usuário e resultados, ou seja, os bons encontros são aqueles que aumentam nossa potência de vida e os maus encontros aqueles que a diminuem (DELEUZE, 2002).

Em sua prática, o terapeuta ocupacional tem como recurso terapêutico as atividades, sejam elas artísticas, expressivas, manuais, de lazer, autocuidado, entre outras. Segundo Castro et al., elas são recursos que proporcionam a conexão entre o sujeito e seu meio, permitindo ampliar o viver e torná-lo mais intenso; são enriquecedoras, permitem reestruturar e integrar diferentes experiências, intensificando o sentimento de vida e potência. O processo terapêutico quanto a problemática da elaboração do luto deve se constituir na superação ou enfrentamento dos limites apresentados pelo usuário, com vistas a “saídas para uma nova vida”. De acordo com Deleuze “[...] não há obra que não indique uma saída para a vida, que não trace um caminho entre as pedras [...]” (DELEUZE, 1992, p. 196).

Logo, o luto deve ser encarado como uma ótica de potencial de transformação e não como algo a ser eliminado de qualquer maneira, até para que posteriormente não venha a colapsar numa depressão.

As pesquisas evidenciam como são múltiplas as possibilidades de ação da terapia ocupacional na perspectiva de auxiliar a construção de uma vida cotidiana significativa para o sujeito. A vida cotidiana do sujeito se revela no entroncamento da realidade exterior e da realidade psíquica, na rede de suas relações sociais, nas atividades costumeiras de autocuidado e automanutenção, nas manifestações de solidariedade (GALHEIGO, 2003, p. 108).

Desse modo, Gullar (1993) destaca que a arte é uma tentativa de cada um para dar sentido a suas experiências internas, assustadoras ou belas, que o identificam como ser humano. Por meio da criação de imagens, de sons, por meio da transformação dos materiais em linguagem, nos tornamos capazes de compartilhar com os outros nossos medos e encantamentos.

A Terapia Ocupacional se propõe oferecer a esses usuários espaços de saúde onde o fazer particular do sujeito possa acontecer, a princípio, durante os atendimentos, na relação usuário – terapeuta - atividade, ampliando-se a outras relações e, quando possível, contribuir com a inclusão social do sujeito, que acontece num contínuo que constitui e onde se dá o cotidiano. (MASTROPIETRO, 2003).

Na terapia ocupacional é necessário garantir a humanização no tratamento e recriar o cotidiano a partir da ruína e das partes vivas que resistiram à crise (MASTROPIETRO; SANTOS; OLIVEIRA, 2006).

Para a Terapia Ocupacional, as ocupações são fundamentais na vida das pessoas, bem como seu conseqüente valor terapêutico; daí as intervenções que visam auxiliar indivíduos a se engajarem em atividades significativas e com finalidade no cotidiano (CARLETO et al., 2010).

Citando Reuben e Solomon (1989), refere que as AAVDs (Atividades Avançadas da Vida Diária) seriam aquelas atividades que são “[...] dependentes de vontade, de desejo e, principalmente, de motivação, específicas para cada indivíduo e influenciadas por forças culturais e sociais” Seriam exemplos dessas atividades: a prática de esportes, pintar, cantar, dançar, viajar, participar de algum serviço voluntário, clubes e etc... Vale ressaltar a ausência dessa motivação para realização de atividades dependentes de vontade, sendo assim, o terapeuta ocupacional pode auxiliar a pessoa a reconstruir seus papéis, considerando uma condição que afeta as relações com a família, trabalho e amigos. Deve auxiliá-lo a diminuir os impactos e a sensação de perda.

Com a realização dessas atividades é importante que o potencial expressivo e criativo do enlutado seja valorizado, é possível resgatar, manter ou aumentar a expressão de sentimentos variados. É necessário ampliar a escuta a fim de compreender suas dificuldades e acolher suas angústias para que possa ser desenvolvido um plano de tratamento que atenda satisfatoriamente às necessidades do sujeito e do seu contexto. Para além, o grupo ainda configura-se em um espaço de cuidado, de reconhecimento das necessidades subjetivas e coletivas, ou seja, um grupo constrói o cuidado a partir do conceito de integralidade, com enfoque individual e coletivo (SENA; SILVA, 2008).

No cuidado, é fundamental, então, que se enxergue além, isto é, o cuidado se constrói nas relações terapêuticas, em que se considera o processo de saúde e doença como

impactantes na condição de vida do indivíduo (AYRES, 2004). O terapeuta ocupacional deve ouvir o usuário com sensibilidade de modo que esse espaço seja um ambiente seguro e confiável, onde possa revelar-se em um nível mais profundo, o que aumenta a possibilidade de se compreender e modificar a percepção de si próprio.

Ao tratarmos da vida ocupacional de sujeitos adoecidos, tratamos de doentes e de doenças, mas principalmente de seus efeitos no cotidiano, na história, na vida de pessoas e familiares que, por diversas razões, a partir de algum tipo de ruptura, tiveram que procurar um Terapeuta Ocupacional. O acolhimento visa resgatar princípios fundamentais, como a humanidade, o cuidado e a própria integralidade, além de buscar a qualificação dos trabalhadores do serviço para que estes se relacionem com os usuários pautados em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, logo sendo considerados aspectos físicos, biológicos, espirituais e emocionais do ser cuidado. “A dor configura-se como um fenômeno multidimensional, referida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real” (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

5. METODOLOGIA

5.1 Métodos de coleta

Buscando identificar os modos de abordagem da terapia ocupacional frente ao luto, foi feita pesquisa com base em levantamento e análise da produção bibliográfica específica a Terapia Ocupacional brasileira, realizado mediante busca ativa sequenciada pela leitura de títulos, palavras-chave e resumos.

O rastreamento foi em torno de termos relativos à Luto, Pesar, Perda, Tristeza e Morte, buscando identificar as estratégias de atuação do profissional frente a tais temas.

Foram estudados os dois periódicos nacionais de terapia ocupacional de maior circulação na área (Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar e Revista de Terapia Ocupacional da USP), entre os anos de 2010 e 2014.

5.2 Métodos de análise

Após a leitura completa dos textos selecionados na coleta de dados, foram feitos agrupamentos em categorias, a partir de sentidos do luto e do acompanhamento terapêutico ocupacional proposto nos textos selecionados.

Cabe destacar que, considerando as palavras-chave que foram buscadas, poucas referências bibliográficas foram encontradas. É possível que isso tenha ocorrido pelo fato de o luto ser patologizado e mascarado por diagnósticos de depressão, o que faz com que esta pesquisa tenha limitação quanto às chaves de busca (luto, morte, perda, etc). Sendo assim, o campo segue aberto a futuras pesquisas acerca do tema na colaboração para o crescimento da profissão.

6. RESULTADOS E ANÁLISE

[...] o tempo não é uma corda que se possa medir nó a nó, o tempo é uma superfície oblíqua e ondulante que só a memória é capaz de fazer mover e aproximar.

José Saramago

Somando os dois periódicos e considerando o recorte temporal (2010-2014), foram identificados artigos que apresentavam os termos indicados em seus títulos e ou palavras-chave os termos: Luto, Pesar, Perda, Tristeza e Morte. Destes, foram lidos os resumos e feito novo recorte, para garantir a permanência neste estudo apenas dos textos que efetivamente tratassem da questão da perda ou luto (APÊNDICES I e II).

Durante a leitura dos artigos selecionados na etapa de busca ativa e triagem temática, identificamos que o luto, em sua maioria, é considerado um problema ser tratado ou superado com rapidez, apesar de o luto ser um processo que faz parte da elaboração das perdas.

Dos 34 artigos encontrados, 4 tratam da perda ou luto diante da morte, ou iminência da mesma; outros 8 tratam das perdas diante de situações de expectativas frustradas ou rotinas alteradas por motivos que variam de acompanhamento quanto cuidadores de entes hospitalizados à saída do mercado produtivo devido a deficiências físicas adquiridas ou envelhecimento e suas características (aposentadoria), 12 artigos abordam a temática da importância do tratamento terapêutico ocupacional nestas situações de perdas e/ou alterações do cotidiano e 10 artigos sobre conceitos que fundamentam a prática da Terapia Ocupacional.

a) O Luto pela morte

O luto pela morte de um ente querido compreende um processo de reorganização pessoal frente à perda que por isso tende a desdobramentos singulares, conforme a natureza e intensidade do vínculo.

Na maioria dos artigos que se referem ao luto frente à morte, há a perspectiva de acolhimento inicial do luto, seguida de sua superação e tratamento.

O Terapeuta Ocupacional trabalha no acolhimento à dor, a tristeza, descontentamento e outros sentimentos comuns à perda através da escuta e compreensão de comportamentos,

por exemplo, a apatia pelas atividades da vida diária, tendo como recurso atividades que façam traduzir essas emoções e conflitos internos.

Em sua totalidade, luto apresenta-se ao tratamento terapêutico ocupacional como algo de ordem secundária, que pode aparecer durante o atendimento, que inicialmente foi procurado devido a outros problemas.

b) O luto frente a outras perdas

O luto frente à perda de partes do corpo também requer desdobramentos de adaptação quanto à nova condição de deficiência adquirida e suas restrições na realização de atividades de vida diária. Sanders (1999) considera que o luto representa o estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda, sendo um termo global para descrever o vasto leque de emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem como resultado da perda que irão repercutir na qualidade do viver. Giles e Neistadt (2002) definem como mudanças não normativas, a perda de um emprego, o acontecimento de um acidente ou o surgimento de uma doença que leva o indivíduo a trocar diversos papéis, conseqüentemente causando impactos importantes no seu desempenho ocupacional. Todas essas são situações inesperadas de papéis impostos, indesejados e algumas vezes imutáveis.

As perdas ao longo da vida produzem uma série de impactos no cotidiano, sendo os mais visíveis socialmente aqueles que interferem e provocam mudanças nos papéis que a pessoa desempenha. Podemos percebê-los em situações que GILES e NEISTADT (2002) definem como alterações normativas importantes da vida como casamento ou perda. Somando-se às dificuldades relacionadas a momentos específicos e naturais de passagem e de necessidade de vivência de novos papéis, existem as mudanças não normativas segundo a nomenclatura de GILES e NEISTADT (2002), tais como: a perda de um emprego levando o indivíduo a ter de vivenciar o papel de desempregado ou de uma função ocupacional que não desejava, o acontecimento de um acidente ou o surgimento de uma doença que leva o indivíduo a trocar diversos papéis sociais pelo papel de doente, deficiente, inválido.

Todas essas são situações inesperadas de novos papéis impostos, indesejados e algumas vezes imutáveis. Essas pessoas passam a viver papéis impostos por mudanças radicais que modificaram suas vidas e sua maneira de interagir com o mundo à sua volta.

Em situações de hospitalização do ente, em caso de doenças em fase terminal, é comum familiares desempenharem o papel de cuidadores exercendo cuidados paliativos, de modo que as ocupações cotidianas desses cuidadores passam a sofrer alterações já no período neste período de hospitalização, que se intensificam durante o processo de luto, na perda, pois certas atividades não voltam a ser realizadas, ou passam a acontecer de maneira diferente.

Foram utilizados autores terapeutas ocupacionais para fundamentar o conceito de cotidiano (RIBEIRO; PIMENTEL, 2005; MASTROPIETRO; SANTOS; OLIVEIRA, 2006; DUARTE; UCHÔA-FIGUEIREDO, 2010), como Marisa Takatori (2001, 2003), que relata que para a terapia ocupacional o cotidiano é entendido como uma sucessão de acontecimentos vividos, que incluem espaços sociais, tempos diversos, pessoas e objetos variados. O cotidiano possibilita ao sujeito expor seu estilo de ser, que, ao mesmo tempo, é compartilhado e reconhecido pelo outro, construindo sua história pessoal e social. O cotidiano é uma forma de viver sua própria história. O cotidiano faz parte da vida do sujeito e o sujeito se constitui a partir da sua vida cotidiana, são partes inter-relacionadas e constitutivas entre si. A vida cotidiana é o cenário em que ocorre a inserção no mundo compartilhado, social e cultural (TAKATORI, 2001). Assim, percebe-se que o conceito de cotidiano, considerado nos estudos de terapeutas ocupacionais, se estabelece na relação entre aquilo que é singular do sujeito com o que é coletivo e social.

O cotidiano está no centro do acontecer histórico e que a vida cotidiana é heterogênea e varia conforme contexto, classe, gênero e idade. O cotidiano é a vida de todos os dias, de todos os homens, o homem nasce inserido em sua cotidianidade; é o mundo no qual a repetição das atividades permite a recriação permanente da vida social. (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

De acordo, ainda, com essas autoras:

A vida se mostra como um leque de ações rotineiras, o que faz com que associemos ao conceito de bem-estar um vasto campo de atividades humanas (...). As atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidade e estabelecem mecanismos internos para sua realização. Elas podem ser desdobradas em etapas, configurando um processo na experiência da vida real do sujeito (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001, p.48).

Quando acontece uma perda, seja de qualquer ordem, há evidentes impactos no cotidiano, desde sentimentos à execução e não execução de tarefas rotineiras. Assim, percebe-se que o conceito de cotidiano, considerado nos estudos de terapeutas ocupacionais, se

estabelece na relação entre aquilo que é singular do sujeito com o que é coletivo e social. A pessoa que está passando pela fase transitória do luto encontra dificuldades para realizar atividades antes desempenhadas, pois afetam os papéis sociais, a relação interpessoal, o contexto social e a saúde mental / emocional. As necessidades subjetivas dos sujeitos assumem uma dimensão empobrecida, os cuidados restringem-se à manutenção do corpo biológico; conforme são liberados dessas limitações, os sujeitos retomam o sentido de domínio sobre a própria vida e reconstróem seu cotidiano. (MASTROPIETRO; SANTOS; OLIVEIRA, 2006).

As mudanças subjetivas e objetivas do luto que acontecem com o sujeito atravessam a vida cotidiana, de quem ele é, o que gosta de fazer, como participa dos modos de produção social e com quem se relaciona a partir da resignificação de suas experiências à encontrar novos caminhos, resultando na aquisição e/ou reformulação de valores e concepções acerca de diferentes esferas que norteiam a vida do ser humano. Ainda é ressaltado que o comportamento do indivíduo é dinâmico e dependente do contexto, do ambiente e da sua motivação.

c) O luto como objeto de tratamento, em terapia ocupacional, diante de qualquer experiência de perda

O pesar é expresso nas atividades ocupacionais, estando de acordo com a hipótese de que, em situações de perdas e luto, as pessoas experienciam um período de retraimento e afastamento das relações sociais e das atividades habituais, indicando que a perda interfere significativamente no cotidiano das suas ocupações, incluindo falta de prazer em desempenhar o trabalho, em ter cuidados pessoais e nas atividades da vida diária (AVD'S), sugerindo a ocorrência do luto ocupacional pela perda das atividades desempenhadas com e para o ente querido falecido. Neste sentido, pode ser observada alteração nas funções ocupacionais em que padrões habituais de atividade são rompidos.

Segundo Parkes (1998, p. 22), “[...] o luto pode não causar dor física, mas causa desconforto e geralmente altera funções”. O luto pode promover inúmeras implicações para a saúde global da pessoa, dentre elas estão a dificuldade em manter a vida laborativa, a execução das atividades da vida diária, a participação nas atividades de lazer etc.

A partir da compreensão de que o luto *compromete* negativamente essas esferas do desempenho, e somando-se a esta afirmativa a leitura de que as tristezas precisam ser resolvidas e/ou superadas com rapidez, os profissionais da área da saúde vêm se deparando com o fenômeno de patologização das tristezas, e sua medicalização.

Seguindo esta tendência, em mais de um terço dos artigos sobre o luto encontrados em revistas de terapia ocupacional, foram localizadas perspectivas de patologização e conseqüente tratamento do luto.

d) Conceitos que fundamentam a prática da terapia ocupacional diante do luto

De acordo com a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2002) são sete as áreas de desempenho ocupacional que garantem aos seres humanos sua participação em contextos de vida, porém as que mais são comprometidas durante o processo de luto são o trabalho, as atividades de vida diária, lazer e participação social.

- Trabalho: pode ser realizado a partir de empregos com remuneração ou apenas aqueles advindos de atividades voluntárias. O trabalho pode interferir no desempenho ocupacional de diversas maneiras: em interesses e metas profissionais que interferem na identificação e seleção de oportunidades de trabalho baseadas em gostos, limitações e habilidades; na procura e conquista de emprego; no desempenho do trabalho; no preparo para a aposentadoria; na exploração e participação de atividades voluntárias de trabalho

- Atividades de Vida Diária (atividades básicas de vida diária, ou atividades pessoais diárias): ações de autocuidado, realizadas no cotidiano e dentre elas estão: o banho, o controle de atividades como defecar e urinar, vestir-se, alimentar-se, locomover-se, a higiene pessoal, a atividade sexual e o sono.

- Lazer: área motivada intrinsecamente pelo sujeito e vivenciada fora do tempo das atividades obrigatórias. Envolve o processo de escolha e exploração e participação em atividades de várias naturezas: culturais, esportivas, entre outras.

- Participação Social: atividades realizadas no sistema social que podem envolver: a comunidade, os vizinhos, organizações, trabalho, escola, família, amigos. Trata-se de uma importante área de desempenho ocupacional que de certa forma faz interseção com todas as outras e envolve habilidades essenciais para a satisfação na vida.

Para De Carlo e Bartalotti (2001), as atividades humanas são um conjunto de ações que estabelecem mecanismos internos para serem realizadas. Elas são organizadoras e dão estrutura ao cotidiano, auxiliando o indivíduo na capacitação, construção da autonomia e contextualização em sua cultura e sociedade.

Entende-se que ocupação refere-se a todas as ações que preenchem o tempo das pessoas e dão sentido à sua vida. Essas atividades são denominadas áreas de desempenho, que podem ser divididas em atividades diárias, laborativas e produtivas e atividades de lazer e diversão (MELLO; MANCINI, 2007).

A manutenção das atividades relacionadas ao autocuidado, produtividade e de lazer, mesmo que de forma insatisfatória e com descontentamento, sinaliza a possibilidade de recuperação do enlutado, apesar das transitórias limitações emocionais.

Bromberg (2000) afirma que, nesse período, os enlutados convivem com o sentimento de desinteresse, afastamento e desânimo pelas atividades ocupacionais do mundo externo. Manifestam sentimentos de tristeza, isolamento, presença de humor depressivo, entre outros. Há também pessoas que apresentam uma hiperatividade na execução de suas ocupações, envolvendo-se ainda mais em suas atividades.

Por entender que o envolvimento em ocupações como o trabalho, o lazer, atividades da vida diária (AVDs) e outras referentes à participação em comunidade está relacionado à condição de saúde cognitiva, física, psicossocial e contextual da pessoa, destacam-se algumas especificidades do trabalho do terapeuta ocupacional na assistência às pessoas que sofreram perdas significativas.

A Terapia Ocupacional preocupa-se com a produção de vida das pessoas que atende, e a vida é composta no cotidiano através de pequenas ações, e esse conjunto é denominada rotina, que tem por definição:

Padrões de comportamento que são observáveis, regulares e repetitivos e que fornecem uma estrutura para a vida diária. Eles podem ser satisfatórios, promocionais ou prejudiciais. Rotinas exigem compromisso momentâneo de tempo e estão embutidas em um contexto cultural e ecológico (SEGAL, 2004 p.499)

É importante o olhar singular desse profissional sobre o processo de luto, uma vez que a pessoa enlutada pode afastar-se de suas ocupações, inclusive daquelas relacionadas aos cuidados destinados à manutenção de sua vida – cuidados pessoais, além de geralmente

manifestar baixa autoestima, capacidade diminuída de pensar e concentrar-se, desinteresse e afastamento das atividades ocupacionais cotidianas (SOUZA; CORRÊA, 2009; CORRÊA, 2010).

7. DISCUSSÃO

Os artigos encontrados sobre este tema estão de acordo com a hipótese de que, diante do luto, o terapeuta ocupacional tem se posicionado como os profissionais da área médica, que reconhecem neste momento da vida, um problema a ser superado, patologizando e terapeutizando o luto. Isto acontece porque a pessoa em luto experimenta um período de retraimento e afastamento das suas relações sociais, falta de prazer em desempenhar o trabalho, lazer e/ou qualquer atividade dependente de interesses e vontades, interferindo assim significativamente no cotidiano das suas ocupações, o envolvimento nessas ocupações está relacionado à condição de saúde cognitiva, física, psicossocial e contextual da pessoa, destacam-se algumas especificidades do trabalho do terapeuta ocupacional na assistência às pessoas que sofreram perdas significativas.

Diante disso, podemos citar Reuben e Solomon (1989), que refere que as AAVDs (Atividades Avançadas da Vida Diária) seriam aquelas atividades que são “[...] dependentes de vontade, de desejo e, principalmente, de motivação, específicas para cada indivíduo e influenciadas por forças culturais e sociais”

Segundo Parkes (1998, p. 22), “[...] o luto, pode não causar dor física, mas causa desconforto e geralmente altera funções”. São intensos e afetam emoções, corpos e vidas, por um longo período, compreende uma tristeza preocupante, associada com momentos de angústia, raiva, saudade, medo e ausência (BROMBERG, 2000, p. 24).

Ainda de acordo com o autor supracitado, nesse período, os enlutados convivem com o sentimento de desinteresse, afastamento e desânimo pelas atividades ocupacionais do mundo externo. Ressaltando assim, na formação do terapeuta ocupacional, estudos, discussões, observações, vivências e práticas preparam para um encontro que valorize a expressão e o acolhimento, as singularidades, o revelar rupturas, demandas, entre outras especificidades. (Castro, 2004). A importância da compreensão biopsicossocial e ocupacional da pessoa em situação de luto, em que se destaca a assistência Terapêutica Ocupacional agregando esforços na prevenção e promoção à saúde, respeitando os estágios de sofrimento e acolhendo a demanda de cuidado no auxílio a elaboração dos conflitos internos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica da Terapia Ocupacional é criada no encontro de um cotidiano possível, pois ele é ou foi violentamente transformado, pela sua interrupção e não pela sua supressão (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003, p. 38).

A ação desse profissional visa resgatar a autonomia, a autoestima e a inclusão social desses sujeitos, auxiliando na compreensão da situação atual, desenvolvendo junto a elas estilos adaptativos de vida após a perda.

Na Terapia Ocupacional, as atividades possibilitam ao sujeito reconhecer-se e ser reconhecido pelos outros, o fazer e as atividades realizadas pelo indivíduo contam a história da vida de cada um. É nesse resgate da história do sujeito, permeado pelas atividades, que se encontra o território onde se descobrem interesses, capacidades e potencialidades que tracejam caminhos possíveis no campo das produções humanas. As práticas da Terapia Ocupacional, centradas no fazer humano, visam a construção de um cotidiano potencializado, que possibilita constituir o bem-estar pessoal do sujeito (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Nesta pesquisa pudemos constatar que as intervenções de Terapia Ocupacional estiveram, na maioria das vezes, centradas num modo de fazer a clínica na direção do acolhimento da dor, do desespero, da desesperança do sujeito em luto. Entretanto, ainda que destacando a necessária sensibilidade do profissional, há que se destacar a apreensão que produz o fato de mais de um terço dos artigos apontarem a questão do luto como problemática em si, passível de tratamento.

Destaca-se a necessidade de uma compreensão biopsicossocial pelo terapeuta ocupacional, visto que tal olhar proporciona uma visão integral do ser e dos processos de perda que vivencia, que compreendem as dimensões física, psicológica, social, cultural, espiritual, ocupacional, entre outras, considerando a saúde como fruto de uma combinação de fatores, abarcando aspectos relativos ao corpo, mente e ao ambiente em que a pessoa esteja inserida (MARCO, 2003; ENGEL 1192 apud GRILO, 2004; CASTRO, 2007). Então, o ser humano é visto como um ser multidimensional. As emoções – como as tristezas e as alegrias – são, portanto, manifestações de vida, e precisam ser respeitadas e acolhidas em seus ritmos e movimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL: **Estrutura da Prática de Terapia Ocupacional: Domínio e Processo** – v. 56, n. 6, p.609-639, 2002.

AYRES, J. R. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BARBOSA, George. S. Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª Série: Validação e aplicação do questionário do índice de Resiliência: Adultos Reivich-Shatté/Barbosa. **Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)**. São Paulo: Pontifca Universidade Católica, 2006.

BENETTON, M. J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. **Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional**. Revista CETO, São Paulo, v. 8, n. 8, p. 27-40, 2003.

BROMBERG, M. H. P. F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. São Paulo: Psy II, 1994.

BROMBERG, M. H. P. F. **Psicoterapia em situações de perdas e luto**. Campinas: Livro Pleno, 2000.

CANÍGLIA, M. **Terapia Ocupacional - Um enfoque disciplinar**. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2005.

CARLETO, D. G. S. et al. **Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. 2ª edição**. Revista Triângulo: Ensino, Pesquisa e Extensão, Uberaba, v. 3, n. 2, p. 57-147, 2010.

CASTRO, E. D. Dança, Corporeidade e Saúde Mental: experimentações em Terapia Ocupacional. In: ARCURI, I. (Org.). **Arteterapia de Corpo e Alma**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 1, p. 239-278.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, A. I. B. **Atividades humanas e Terapia ocupacional**. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Org.). **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

CASTRO, E. K. **Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde**. Revista Psicologia: ciência e profissão, Brasília, v. 27, n. 3, p. 396-405, 2007.

CHISHOLM, J. (1996). **The evolutionary ecology of attachment organization**. Human Nature, 7,138.

CORRÊA, V. A. C. A expressão do pesar nas atividades ocupacionais quando alguém querido morre. 2009. 107 f. **Dissertação (Mestrado em Psicologia)**-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

CORRÊA, V. A. C. **Luto: intervenção em Terapia ocupacional**. Belém: Editora Amazônia, 2010.

DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. 2ª edição. Plexus: São Paulo, 2001.

DELEUZE, G. Espinosa-Filosofia prática. Tradução de Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G. Pourparlers. Paris: Minuit. In: DELEUZE, G. Conversações. Rio de Janeiro: Editora. 34, 1992.

DUARTE, G. P.; UCHÔA-FIGUEREDO, L. R. A vida cotidiana e a qualidade de vida de pacientes atendidos na atenção primária de saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 19-33, 2010.

FERRARI, M. A. C. **Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade**. In: NETTO, M. P. (org.). Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 98-105.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-109, 2003.

GILES, G.; NEISTADT, M. **Tratamento para os componentes psicossociais: Controle do Estresse**. In: NEISTADT, M. E., CREPEAU, E. B. *Terapia Ocupacional: Willard e Spackman*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 426-437, 2002

GRILO, A. M. **Os Modelos de Saúde: suas implicações na humanização dos serviços de saúde**. In: CONGRESSO HÍSPANO – PORTUGUÊS DE PSICOLOGIA, 2., 2004, Lisboa. Anais. Lisboa: Iber Psicologia, 2004. p. 1-8.

GULLAR, F. **Argumentação contra a morte da arte**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revan, 1993, p.135.

JOB, F. P.P. *Os sentidos do trabalho e a importância da resiliência nas organizações*. Tese (Doutorado em Administração de Empresas). São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2003.

MARCO, M. A. *A face humana da medicina: do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2003.

MASTROPIETRO, A. P. *Reconstrução do cotidiano de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea: readaptação funcional e reinserção ocupacional*. **Dissertação de mestrado em Psicologia**, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MASTROPIETRO, A. P.; SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, E. A. Sobreviventes do transplante de medula óssea: construção do cotidiano. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 64-71, 2006.

MELLO, M. A. F.; MANCINI, M. C. **Avaliação das atividades da vida diária e controle domiciliar**. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: fundamentos e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 49-54.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain – descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2. ed. Seattle: International Association for the Study of Pain Press, 1994.

MUCKULINCER, M. Shaver PR. An attachment perspective on bereavement. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W, editors. *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. Washington: American Psychological Association; 2008. p. 87-112.

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

REUBEN, D. B.; SOLOMON, D. H. Assessment in geriatrics: of caveats and names (editorial). *Journal American Geriatric Society*, v. 37, p. 570-572, 1989.

SANDERS, C. (1999). **Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement** (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

SEGAL, R. (2004). **Family routines and rituals: A context for occupational therapy interventions**. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 499–508.

SENA, R.; SILVA, K. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro, 2008.

SILVA AI, Alves VP. **Envelhecimento: resiliência e espiritualidade: história de vida de idosos: superar a adversidades sem perder o senso de integridade**. *Diálogos possíveis*. 2007;6(1):189-209.

SOARES, Inês Virgínia Prado. Memória democrática e desaparecidos políticos. In: SOARES, Inês; KISHI, Sandra (Coord.). **Memória e verdade: a justiça de transição no Estado Democrático brasileiro**. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

TAKATORI, M. A. **Terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano**. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 371-377, 2001.

WALSH, F. & MCGOLDRICK, M. **A Family Systems Perspective on Loss, Recovery and Resilience**. In P. Sutcliffe, G. Tufnell & U. Cornish (Eds.), *Working with the Dying and the Bereaved*. London: MacMillan Press Ltd, 1998.

WORDEN, J. **Grief Counseling and Grief Therapy**. A Handbook for the Mental Health Practitioner (2nd ed.). London: Routledge, 1991.

APÊNDICE I – Revista de Terapia Ocupacional da USP

PALAVRA	ARTIGO	ANO	OBSERVAÇÃO
	Atividade, ação, fazer e ocupação	2013	
MORTE	Perspectiva do envelhecimento, atividade física e qualidade de vida de trabalhadores	2014	Esclarecimentos sobre o envelhecimento e importância de viver em equilíbrio.
LUTO	Desvelando o papel do terapeuta ocupacional na oncologia pediátrica em contextos hospitalares	2011	Fala da hipótese de perda da criança hospitalizada e os cuidados da to na brinquedoteca e com familiares/ perdas de papéis ocupacionais devido a hospitalização.
LUTO	Políticas públicas em oncologia: refletindo sobre a atuação da terapia ocupacional	2012	Perdas dos papéis ocupacionais pela internação, TO ajudar o paciente e familiares na elaboração do luto. Atendimento humanizado.
PERDA	Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço	2014	Perda dos papéis por conta da doença/ mudança na rotina
TRISTEZA	A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas	2013	Afastamentos do convívio social por doenças adquiridas, mudanças e restrições de trabalho.
MORTE	Reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional para atuação com pessoas idosas em distintas modalidades de atenção: contribuições de egressos da USP	2010	Perda de papéis ocupacionais pelo envelhecimento / morte e luto pelo envelhecimento/ isolamento social
	Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão	2011	Avds
	Percepções de	2014	Avds, lazer e vida

	indivíduos com transtornos mentais e familiares sobre o desempenho ocupacional: contribuições da terapia ocupacional		produtiva e saúde psíquica.
	Intervenção Terapêutica Ocupacional em caso de escarpamento: vivências de uma criança admitida no Espaço Acolher	2014	Os impactos na rotina devido ao acidente, comprometimento do desempenho ocupacional durante a hospitalização e alta..
	Caracterização e queixas relacionadas ao desempenho ocupacional: considerações de indivíduos com esclerose múltipla	2013	Insatisfação / descontentamento quanto ao desempenho ocupacional devido às seqüelas da doença. (EM)
	Papéis ocupacionais de indivíduos em condições reumatológicas	2013	Perda de desempenho dos papéis ocupacionais devido à doença / alteração da funcionalidade do indivíduo.
	Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas	2013	Paradigmas do louco, novo modelo de atenção e cuidado com pessoas com transtornos mentais/ convívio social.

APÊNDICE II – Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar

PALAVRA	ARTIGO	ANO	OBSERVAÇÃO
PESAR	A expressão do pesar nas atividades ocupacionais quando alguém morre.	2010	
LUTO	Processo de perda, luto e a assistência da TO nas situações de escarpelamento.	2013	
MORTE	A vida cotidiana e a qualidade de vida de pacientes atendidos na aps	2010	Grupo de hipertensão e diabetes/ medo da morte/ velhice/ inutilidade/ qualidade de vida
MORTE	Editorial Atividades humanas: práticas sociais diferenciadas.	2013	São as atividades que nos permitem estarmos vivos ou podem nos levar no caminho da morte, da desigualdade e opressão.
TRISTEZA	Reações de familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos	2014	Sonhos e expectativas quebradas/ tristeza/ busca/ choque/ negação / revolta. Sentimentos comuns às etapas do luto
	Terapia Ocupacional e o contexto familiar	2010	Espaços de acolhimento e escuta.
	A máscara e a terapia ocupacional	2010	Frente a situações de perdas, assumem outras personas
	Um olhar sobre as atividades de vida diária	2011	Cotidiano e rotina
	Reflexões sobre o fim do processo terapêutico e o salto para vida.	2011	Importâncias dos espaços de escuta
	Organização do cotidiano em pacientes com doenças crônicas	2012	Importância de grupos para acolhimento, importância dos grupos.
	Atenção em cuidados paliativos	2012	Qualidade de vida apesar das perdas funcionais/emocionais Cuidadores adaptar-se ao processo evolutivo da doença e consequente

			morte.
	O valor terapêutico da ação humana	2013	
	Atividade, ação, fazer e ocupação	2013	Conceito de ocupação
Terapia Ocupacional / Cotidiano	Conceito de cotidiano no campo da TO no Brasil	2013	Conceito de cotidiano a partir de adoecimentos.
Terapia Ocupacional	Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais	2013	
	Grupo de acompanhantes de pacientes hospitalizados: estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional em um hospital geral	2013	Familiares que acompanham todo o processo de adoecimento e hospitalização do integrante de sua família e sofrem os impactos dessa ação em todo o seu cotidiano.
	A intervenção grupal como recurso da Terapia Ocupacional: uma experiência com mulheres climatéricas	2013	A compreensão dessa etapa de vida, bem como vem interferindo na mudança de hábitos e atitudes, com uma grande melhora na organização do seu cotidiano
	Experiência da Terapia Ocupacional no cuidado familiar em um serviço de APS	2013	Auxiliar nos enfrentamentos das adversidades no cotidiano
	Terapia Ocupacional e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise	2013	Qualidade de vida / privação / ocupações significativas
	O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional:	2014	To's definindo auto cuidado

	análise da produção científica		
	Estou me aposentando, e agora? Contribuições da Terapia Ocupacional na reorganização do cotidiano	2014	Saída do mercado produtivo / significação / importância das atividades do cotidiano
	Desempenho ocupacional de mulheres submetidas à mastectomia	2014	Perdas de parte do corpo e comprometimento do lazer / social