

Luto de profissionais em uma unidade de transplante de células-tronco hematopoéticas

Mourning of professionals in a hematopoietic stem cell transplantation unit

Renata Pereira Rodrigues¹; Renata Curi Labate²

RESUMO

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é um procedimento que pode tanto recuperar a vida do paciente quanto conduzi-lo ao óbito. Não conseguir evitar a morte pode trazer ao profissional a vivência do luto e de seus limites.

Objetivo: Compreender o processo de luto vivenciado pelos profissionais da saúde de uma Unidade TCTH.

Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo clínico-qualitativo de 8 profissionais de uma unidade de TCTH. Foram realizadas entrevistas semidirigidas e o material foi submetido à análise qualitativa de conteúdo.

Resultados: Os resultados indicam que os profissionais de uma unidade de TCTH vivenciam o luto quando verificam processos lentos de morte e quando o sofrimento do paciente se torna muito intenso.

Conclusão: O processo do luto do profissional ainda não é reconhecido e existe pouca oportunidade de expressão pública para facilitar a vivência desse luto.

Palavras-chave: transplante de células-tronco hematopoéticas; equipe de assistência ao paciente; morte; pesar.

ABSTRACT

Introduction: The transplant of hematopoietic stem cells (HSCT) is a procedure that can either retrieve the patient's life or lead him/her to death. Not avoiding death can bring to the professionals the experience of mourning and their limits.

Objective: To understand the process of mourning experienced by health professionals who work in a HSCT Unit.

Materials and Methods: This is a clinical-qualitative study with eight professionals from a HSCT Unit. Semi structured interviews were performed and the material was subjected to qualitative content analysis.

Results: The results indicate that the professionals in a HSCT Unit experience the mourning when they observe slow processes of death and when the patient's suffering becomes too intense.

Conclusion: The process of mourning of the professional is still not recognized and there is little opportunity for public expression to facilitate the experience of mourning.

Keywords: hematopoietic stem cell transplantation; patient care team; death; mourning.

¹Terapeuta Ocupacional. Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

²Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

INTRODUÇÃO

O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é uma modalidade terapêutica capaz de reconstituir os sistemas hematopoético e imunológico em uma variedade de doenças malignas ou não malignas, passíveis de cura por meio de doses elevadas de quimioterapia, associadas ou não à radioterapia¹.

O TCTH é descrito como um procedimento altamente especializado, realizado em centros de excelência, para o tratamento de pacientes com doenças muitas vezes incuráveis. A complexidade do transplante é derivada da gravidade das condições em que os pacientes se encontram, a urgência da identificação de um doador compatível e do processo de seleção de um possível doador².

A imunossupressão induzida pelo regime de condicionamento pré-TCTH é um procedimento agressivo que pode tanto recuperar a vida do paciente quanto conduzi-lo ao óbito, o que torna o TCTH um método não plenamente resolutivo. Esse paradoxo ocorre basicamente porque torna o paciente temporariamente vulnerável a complicações que acarretam riscos não apenas a sua integridade física, mas a sua própria vida³.

Considerando o alto nível de complexidade que permeia as etapas de realização do TCTH, faz-se necessária a presença de uma equipe multidisciplinar especializada de forma que se abordem, de maneira abrangente, os aspectos biopsicossociais do paciente durante o processo.

São descritas, na literatura, várias alterações psicológicas e psiquiátricas nos pacientes submetidos ao transplante, tais como ansiedade, depressão, irritabilidade, desorientação, perda do controle, medo de morrer e perda da motivação. Eles começam a enfrentar a dor, o desfiguramento, a perda das funções sexuais, a dependência, o isolamento, a separação e a morte⁴.

Além das vivências e angústias do paciente, considera-se o estresse que a equipe enfrenta. Isso ocorre desde as primeiras reuniões com os pacientes e familiares a respeito das informações sobre o procedimento do TCTH, suas fases e suas possíveis complicações. Quando começam a aparecer as primeiras manifestações colaterais da quimioterapia,

assim como as complicações decorrentes de quadros infecciosos, é preciso que a equipe esteja bem estruturada, física e emocionalmente, tanto para dar segurança, tranquilidade e coragem ao paciente a fim de que suporte cada fase do tratamento, quanto para estar ciente de suas próprias limitações⁵. Essa questão é destacada na literatura, evidenciando a preocupação de diferentes autores com o cotidiano dos profissionais envolvidos em procedimentos dessa natureza, dada sua tendência ao desgaste das pessoas.

Quando retrocedemos no tempo e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão de que o homem sempre abominou a morte e provavelmente sempre a repelirá. Do ponto de vista psiquiátrico, isso é bastante compreensível e talvez se explique melhor pela noção básica de que, em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos⁶.

O profissional de saúde, em seu cotidiano, lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente⁷. Sua dificuldade para lidar com problemas durante a convivência diária junto a pacientes, familiares e colegas tem contribuído para gerar situações de estresse de difícil resolução. Isso não só dificulta seu trabalho, como o confunde diante dos aspectos técnicos, acarretando-lhe um grau considerável de sofrimento pessoal⁸.

Dessa forma, a tarefa de cuidar do paciente oncológico é também complexa do ponto de vista emocional. Uma das maiores dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde de Unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (UTCTH) é lidar com situações em que o agravamento do caso é inevitável. Sua formação privilegia o *curar*, no sentido de restabelecer a saúde. Mas, na situação em que a cura nem sempre é possível, resta-lhes a difícil tarefa de *cuidar* sem necessariamente curar⁹.

Esses dois paradigmas vinculados à ação de saúde são assim definidos: no paradigma do *curar*, o investimento é na vida a qualquer preço, no qual a Medicina de alta tecnologia se torna presente e as práticas mais humanistas ficam em segundo plano; no paradigma do *cuidar*, há aceitação da morte como parte da condição humana; leva-se em conta a pessoa doente e não somente a doença, enfatiza-se a

multidimensionalidade da própria doença e a dor total¹⁰.

Por outro lado, não evitar ou adiar a morte, ou mesmo não conseguir aliviar o sofrimento pode trazer, ao profissional, a vivência de seus limites, de sua impotência e de sua finitude, o que pode ser extremamente doloroso¹¹.

Negar a morte pode passar uma ideia de força e controle. Entretanto, uma perda seguida de uma precária ou “má” elaboração do luto – quando não se permite a expressão da tristeza e da dor – traz graves consequências, como a maior possibilidade de adoecimento. O luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em função de uma excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração. E isso também afeta os profissionais de saúde que cuidam do sofrimento alheio e que, muitas vezes, não têm espaço para cuidar de sua própria dor¹².

Dependendo do modo como o profissional de saúde lida com seus sentimentos despertados na relação com o paciente, pode haver exclusão, em muitas ocasiões, da dimensão psicológica, ocasionando maior sofrimento e frustração a si próprio e ainda limitando a qualidade da atenção que o paciente recebe¹³. De acordo com os membros da equipe, o medo está presente em muitos pacientes, mas a maior parte dos profissionais descreve que os doentes parecem ser capazes de se manter mais calmos quando se aproximam da morte se os profissionais se sentem seguros¹⁴. Esses achados obrigam a equipe de saúde a ser mais sensível aos aspectos psicológicos do paciente quando o assistem perto da morte.

Nesse contexto, esta pesquisa tem como objetivo compreender o processo do luto vivenciado pelos profissionais da saúde de uma Unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas de um Hospital Oncológico e suas consequências no cotidiano desses profissionais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para o presente estudo, foi utilizado o método clínico-qualitativo seguindo-se, conseqüentemente, um modelo humanístico e da saúde. Buscou-se a interpretação científica dos significados trazidos pelas pessoas

entrevistadas no serviço de saúde – um *setting* natural do profissional de saúde¹⁵.

A metodologia clínico-qualitativa é um particular refinamento da genérica metodologia qualitativa vinda das ciências humanas. É definida como um estudo teórico de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os *sentidos* e os *significados* atribuídos a fenômenos relacionados à vida dos indivíduos, sejam eles pacientes ou quaisquer outras pessoas participantes do *setting* dos cuidados com a saúde (parentes, membros da equipe profissional e da comunidade)¹⁵.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho de campo foi realizado, sendo aprovado de acordo com o processo 212/2009.

Participaram deste estudo profissionais das diversas áreas (um representante de cada área): médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo, psicólogo, assistente social e técnico/auxiliar de enfermagem. Todos eles atuam na Unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. São responsáveis pelo atendimento dos pacientes internados, aceitaram livremente participar da pesquisa após a explicação de sua finalidade, assinando o respectivo Termo e se dispuseram a responder a entrevista semidirigida com questões abertas, técnica utilizada.

A entrevista semidirigida consiste em uma espécie de guia temático, mais curto, que serve como roteiro para um encontro. Algumas questões-tópico já são suficientemente conhecidas para serem propostas; porém o todo da entrevista não está predeterminado nem as respostas estão preditas¹⁵. É descrito ainda que a entrevista da pesquisa qualitativa é um encontro interpessoal para a obtenção de informações verbais e/ou escritas, porém de uma maneira não dirigida, consistindo em um instrumento de pesquisa científica a fim de gerar conhecimentos novos sobre vivências humanas¹⁶.

Em contato individual com cada um dos entrevistados, foram expostos os objetivos da pesquisa e o compromisso com seu sigilo. Foram marcados um

horário e um local para a realização da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos entrevistados. Foram gravadas e posteriormente transcritas.

Foram realizadas leituras flutuantes dessas transcrições para que as pesquisadoras se familiarizassem com o material. A expressão leitura flutuante é uma analogia do conceito psicanalítico de *atenção flutuante*, ou seja, o pesquisador não deverá privilegiar, de início, qualquer elemento do discurso dos sujeitos; deverá deixar sua própria atividade inconsciente trabalhar da forma mais simples possível, suspendendo as motivações que dirigem habitualmente a atenção¹⁵.

Em seguida às leituras de assimilação do material coletado, realizou-se a categorização do conteúdo do material. Essa etapa poderá ocorrer por meio de critérios de repetição ou relevância. No critério de repetição, o pesquisador buscou, nos discursos, aquilo que cada um possui em comum com os outros, ou seja, as colocações recorrentes. Já no critério de repetição, o pesquisador destacou aquilo que se mostrou rico em seu conteúdo podendo confirmar ou refutar ideias iniciais da pesquisa.

Os resultados da pesquisa foram apresentados de forma descritiva, utilizando as citações literais ilustrativas das falas dos sujeitos, preparando para a discussão do material, em interlocução com o referencial teórico escolhido¹⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um dos temas que emergiu neste estudo foi a vivência da equipe em alternar sentimentos envolvidos com a luta pela vida e o luto pela perda do paciente. Quando buscamos essa temática na literatura, pouco é falado sobre o empenho e a luta do profissional de saúde e o luto é mais discutido no contexto familiar onde é vivido antes e após a morte de um membro da família.

Trabalhar com TCTH representa, ao mesmo tempo, uma conquista e um desafio. A prática em saúde é uma conquista na medida em que a realização do desejo de atuar em prol da vida humana é por si só um fator gratificante para o profissional. Podem favorecer também o alcance de satisfação no exercício

profissional, o constante aprendizado teórico e técnico, as possibilidades terapêuticas a oferecer aos pacientes, além do reconhecimento social do trabalho¹⁷.

É importante salientar que a atividade assistencial na UTCTH desperta e possibilita diversas conquistas alcançadas pela luta dos profissionais em cuidar do paciente. Aliviar a dor e o sofrimento, salvar vidas, sentir-se competente, cuidar, receber elogios, reconhecimento e gratidão estão entre os sentimentos relatados. Quando ocorre a morte do paciente, paralelamente aos sentimentos de tristeza e pesar, surge o conforto por ter lutado e realizado o melhor na assistência como podemos ver nos relatos deste estudo:

“Claro que, no primeiro momento, a gente fica triste, é natural, até mesmo pela luta da equipe, acho que todo mundo trabalha no sentido de ver o paciente bem, né...” (João).

“Na verdade.. qual é a responsabilidade do profissional de saúde? É a gente fazer tudo pelo paciente.. aqui a gente luta até o fim com ele.. lutamos em busca de que ele saia daqui saudável, em busca de uma qualidade de vida, de uma vida melhor. E a gente luta até o fim por todos esses objetivos. Pra que o paciente tenha sucesso no transplante” (Mara).

“Mas eu sempre acredito que a gente sempre fez o melhor. Eu tenho certeza disso porque eu sou um que briga por isso. Eu dou a cara pra bater, eu vou atrás e tento diminuir isso. Eu posso até não ser muito bem visto por isso, mas eu faço” (Pedro).

Em um estudo sobre os aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia, evidenciou-se que um pequeno número de médicos (20%) referem-se a sentimentos positivos como: alegria, felicidade, carinho, conforto e confiança por poder ajudar alguém que necessita de cuidados. Referem-se a esses sentimentos principalmente quando conseguem aliviar a dor do paciente ou alcançam bons resultados com o tratamento¹⁸. Sentimentos de alegria também foram mencionados neste estudo:

“Ao mesmo tempo em que temos aquela época de

felicidade porque aqui no transplante ao mesmo tempo em que muita gente morre tem gente que vive também. A gente comemora que a medula pegou, a gente vive aquela alegria também” (Rita).

Após a luta pela vida do paciente, os profissionais enfrentam os desafios decorrentes da perda do paciente. Podemos enfatizar a vivência do luto pelo profissional que se vê angustiado frente à luta que enfrentou. Nesse momento, muitas vezes, os profissionais ainda se questionam sobre sua conduta e cuidados com o paciente:

“Tem aquela questão... o que eu como profissional poderia ter feito de diferente? Então toda situação de morte, com sinceridade, eu procuro reavaliar... no meu caso, nutricionista, onde eu poderia ter atuado diferente, né? Qual dieta, o que saiu de mais novo, o que saiu na literatura de mais novo... porque a gente tá sempre buscando o que há de mais novo. O que eu poderia ter feito de diferente pra ter tentado a não levar pra esse caminho da morte” (Mara).

“Às vezes pode acontecer e a gente pensa que poderia ter feito mais um pouquinho ainda pra tentar evitar, principalmente quando é respiratório. Mas tem coisa que não dá, tem coisas que é a própria doença do paciente. Agora eu começo a entender melhor isso e conviver melhor” (Leila).

Discutir o luto é de extrema importância para o profissional de saúde, pois irá afetá-lo no desenvolvimento de suas atividades pelo impacto que traz sobre a vida afetiva e emocional¹⁹.

O luto é uma reação ao rompimento de vínculos afetivos. O luto é uma perda, por separação ou afastamento, que deixa alguém destituído de um objeto que lhe dá significado. Esse autor acrescenta que o enlutamento é definido como o processo psicológico mobilizado com a perda de um objeto amado, que comumente leva à renúncia do objeto²⁰.

Dessa forma, os profissionais de saúde da UTCTH podem sofrer a ruptura desse vínculo quando os pacientes afastam-se do serviço por alta hospitalar ou quando morrem. Nesses episódios, os profissionais

vivenciam o sentimento de perder uma pessoa querida. Essa perda pode causar sofrimento e é compreendida como luto - comportamento esperado em resposta à separação²¹.

Nos relatos colhidos com os profissionais do transplante, foi possível verificar essa vivência do luto:

“É um sentimento de perda também, né... é aquela dor, aquela ruptura.. a sensação de você nunca mais ver aquela pessoa... é uma sensação de impotência.. porque numa situação como essa, acabou... não tem mais. É dolorido, é dolorido.. enquanto profissional, você tem que tentar ter uma postura que não agrave mais a situação pra família porque ela já tá sofrendo, ela já está num momento de desespero... Acho que é importante vivenciar esse sentimento porque a gente fez parte também da vida daquele paciente, pelo menos durante o período que ele esteve aqui com a gente...”(Flora).

“Eu sei que é muito difícil a gente ter noção da nossa própria finitude, mas a gente tem que ter noção também que isso é uma coisa natural é uma consequência da vida. Claro que, quando não é com a gente, é muito fácil você dizer. Isso não quer dizer que, se você encara a morte naturalmente, você não vai sentir a morte, você não vai ter o luto, é claro que você vai ter o luto, seja com o paciente ou o familiar ou qualquer pessoa com quem você convive” (Pedro).

O luto também foi definido como sendo “o complexo de pensamentos e sentimentos sobre a perda, vivido internamente e tornado público; o enlutado expressa o que está sentindo e compartilha isso com os que o cercam”. O luto é uma experiência única e pessoal, cada um vive o luto a sua maneira, sem uma imposição rígida para normatizá-lo²².

Durante algumas entrevistas, percebeu-se também que o luto não surge apenas quando o paciente morre, ele ocorre também de forma antecipatória para o profissional:

“(...) ao mesmo tempo você já sabia que isso ia acontecer. Dependendo do diagnóstico do paciente, do que você está vivenciando ali, você já sabe o que vai acontecer” (Eva).

“Teve o N. também, que eu saí e ele estava bem, mas eu sabia que ia ser difícil ele conseguir viver, aí eu voltei e fiquei sabendo que ele tinha morrido” (Leila).

Os relatos acima permitem afirmar que esse comportamento dos profissionais pode caracterizar o que foi denominado de luto antecipatório²³.

O luto antecipatório é definido como sendo um período adaptativo em que o enlutado, seja ele um paciente, um familiar ou um profissional de saúde, pode se preparar cognitiva e emocionalmente para o acontecimento da morte. Para os profissionais de saúde, o luto antecipatório surge quando, ao prestarem o cuidado, observam que o paciente vai morrer em breve²³.

Agindo dessa maneira, os profissionais da UTCTH vão se preparando progressivamente para a morte do paciente; mas isso não exclui as manifestações das mais variadas reações emocionais diante do contato com o sofrimento, a dor e o luto pela perda do paciente submetido aos cuidados da equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proximidade dos profissionais com os pacientes da UTCTH pode ter implicações emocionais para a equipe. As análises das entrevistas permitiram constatar que o processo do luto do profissional de saúde ainda não é reconhecido e existe pouca ou nenhuma oportunidade de expressão pública para facilitar a vivência desse luto.

A partir da convivência e da análise dos dados obtidos das entrevistas com os profissionais de saúde da UTCTH, evidenciou-se que eles têm muito a dizer sobre seus sentimentos e que somente uma escuta sensível e atenta torna possível aproximar-se da realidade vivenciada.

Essa constatação reforça a necessidade, para as instituições de saúde, de considerarem as particularidades da situação de luto vivenciada por seus profissionais e a importância de se estabelecerem espaços de escuta e diálogo, possibilitando, a cada um, expressar seus sentimentos, auxiliando na elaboração e no enfrentamento do luto.

REFERÊNCIAS

1. Saria MG, Grosselim-Acomb TK. Hematopoietic stem cell transplantation: implications for critical care nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2007 Feb;11(1):53-63.
2. Miranda ECM, Silva GT, Pasquini MC. Pesquisa clínica e bioestatística aplicadas ao transplante de células-tronco hematopoéticas. In: Voltarelli JC. *Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas*. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 133-52.
3. Tabak DG. Transplante de medula óssea na leucemia mielóide crônica. *Medicina*. 2000;33:264-77.
4. Oliveira EA, Mastropietro AP, Santos MA, Junior AS, Voltarelli JC. Intervenções da Psicologia, Psiquiatria e Terapia Ocupacional no Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. In: Voltarelli JC. *Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas*. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 133-52.
5. Contel JOB, Sponholz JRA, Torrano-Masetti LM, Almeida AC, Oliveira EA, Jesus JS, Santos MA, Loureiro SR, Voltarelli JC. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. *Medicina*. 2000;33:294-311.
6. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
7. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo Saúde*. 2010;34(4):420-9.
8. Labate RC, Cassorla RM. A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(2):101-5.
9. Rodrigues JV, Braga EN. Cuidando do Cuidador - serviços particulares de atendimento ao paciente oncológico. In: Carvalho MMJ, organizadora. *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver*. São Paulo: Summus; 1998. p. 52-62.
10. Pessini L. *Viver com dignidade a própria morte: reexame da contribuição da ética teológica no atual debate sobre distanásia [tese]*. São Paulo: Centro Universitário Assunção. Pontifícia Faculdade de teologia Nossa Senhora de Assunção; 2001.
11. Kovács MJ. *Morte e desenvolvimento humano*. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
12. Kovács MJ. *Educação para morte: desafio na formação de profissional de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
13. Labate RC. *O profissional de saúde frente a paciente mastectomizada: aspectos psicológicos [tese]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
14. Browall M, Melin-Johansson C, Strang S, Danielson E, Henschel I. Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer. *Palliat Support Care*. 2010 Mar;8(1):59-68.
15. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
16. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(5):812-20
17. Andreis M, Chitero EF, Silva SCA. Situações psicologicamente difíceis: preparo das equipes. In: Knobel E, Andreoli PB, Erlichman M. *Psicologia da humanização-assistência aos pacientes graves*. São Paulo, Atheneu; 2008. p. 311-23.

18. Kafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Cassorla, R.M.S.; Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1991. p.25-50.
19. Schiliemann AL, Nacif MRG, Oliveira MC. Luto e Saúde. In: Franco MHP, organizadora. Estudos avançados sobre o luto. Campinas: Livro Pleno; 2002. p.131-150.
20. Bowlby J. Formação e rompimento de vínculos afetivos. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
21. Bromberg MHPF, A psicoterapia em situações de perda e luto. Campinas: Livro Pleno, 2000.
22. Franco MHP. Uma mudança no paradigma sobre enfoque da morte e do luto na contemporaneidade. In: Franco MHP. Estudos avançados sobre o luto. Campinas: Livro Pleno; 2002. p.15-38.
23. Fonseca JP, Fonseca MII, Luto Antecipatório. In: Franco MHP, organizadora. Estudos avançados sobre o luto. Campinas: Livro Pleno; 2002. p.69-94.

Endereço para correspondência:

Renata Pereira Rodrigues
Rua Dona Queridinha 91
Belo Horizonte/MG - CEP 31710-180
Telefone: +55 31 92242526
E-mail: natinhapr@hotmail.com