

Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica

The mourning process: the importance of differential diagnosis in clinical practice

<http://dx.doi.org/10.5007/2178-4582.2015v49n2p118>

Lauren Beltrão Gomes e Jadete Rodrigues Gonçalves

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil

O luto é um processo emocional saudável, importante para a manutenção da saúde mental, que se desenrola devido a uma perda, real ou abstrata. O desenvolvimento de patologias associadas ao luto é resultante da configuração particular de fatores inter-relacionados e interdependentes, de um contexto e de suas implicações socioculturais. Portanto, constitui-se em um fator de risco para a saúde mental, de forma que seu diagnóstico e tratamento são essenciais na prática clínica. Objetivase proporcionar a reflexão acerca do diagnóstico diferencial do luto saudável e do luto mal elaborado por meio da discussão de trechos de dois casos atendidos no contexto de uma unidade de saúde da família. Para tanto, foram utilizados como aporte teórico conceitos psicanalíticos de autores contemporâneos, bem como de autores clássicos. Buscou-se enfatizar a importância do diagnóstico diferencial em situações de perda por morte, considerando-se a sua importância na definição da orientação terapêutica a ser utilizada.

Palavras-chave: Luto - Melancolia - Morte - Diagnóstico Diferencial - Psicanálise.

The mourning is a healthy emotional process, important for maintaining mental health, which unfolds due to a real or abstract loss. The development of pathologies associated with it depends on the particular configuration of interrelated and interdependent factors, and also on the context and its sociocultural implications. Thus, the mourning is a risk factor for mental health, so that diagnosis and treatment are essential in clinical practice. The goal of this article is to provide a reflection on the differential diagnosis between healthy mourning and complicated mourning through the discussion of excerpts from two cases assisted in the context of a family health unit. So, as theoretical basis we used concepts of psychoanalysis of contemporary authors, as well as classical authors. We attempted to emphasize the importance of differential diagnosis in cases of loss through death, considering its importance in defining the therapeutic approach to be used.

Keywords: Mourning - Melancholy - Death - Differential Diagnosis - Psychoanalysis.

Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica

O luto constitui-se em fator de risco para a saúde mental, de modo que seu diagnóstico e tratamento são essenciais na prática clínica (Mabilde, 1987). Logo, é de vital importância a investigação a respeito do trabalho de luto, a fim de se alcançar um entendimento mais aprofundado acerca do mesmo e dos motivos pelos quais são desencadeadas as complicações e os estados patológicos.

Ademais, aponta-se para a necessidade de que a clínica esteja preparada para reconhecer e responder às diferentes formas de reação à perda. Nesse sentido, os distintos modos de subjetivação e de lidar com o sofrimento exigem dos profissionais de saúde mental um constante redimensionamento teórico dos contextos clínicos (PINHEIRO; QUINTELLA; VERZTMAN, 2010).

O luto é um processo emocional saudável, importante para a manutenção da saúde mental, que se desenrola em função de uma perda, real ou abstrata. Parkes (1998) entende o luto, chamado pelo autor de *normal*, como uma crise, cuja solução depende do repertório de técnicas de enfrentamento do indivíduo, de como a perda é sentida e percebida, das experiências anteriores, da capacidade de tolerância à frustração e da necessidade de manter a autoestima. O desenvolvimento de patologias associadas ao luto estaria atrelado à configuração particular de fatores inter-relacionados e interdependentes, de um contexto e de suas implicações socioculturais.

Patologias desencadeadas por processos de luto mal elaborados podem se apresentar das mais variadas formas, tais como a estagnação do desenvolvimento ou até mesmo o aparecimento de quadros depressivos, melancólicos e de psicopatias (OLIVEIRA, 2001). Mabilde (1987), baseado em sua experiência clínica, relata que perdas sofridas, recentes ou antigas, podem se ligar à doença atual. O autor comenta que, como as pessoas chegam ao consultório em momentos de crise, o diagnóstico é difícil, dependerá da maneira como lidam com a situação de perda e do tipo de relação com o objeto perdido. Neste sentido, enfatiza que o importante na determinação do tipo de luto é a relação prévia com o objeto e, dentro dela, o grau de ambivalência e de narcisismo do sujeito, o que determinará o destino e a natureza das introyecções.

O luto constitui-se em um processo complexo e multidimensional, visto que seu curso e suas consequências são influenciadas pela interação de uma série de componentes físicos, psicológicos e sociais (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012). O diagnóstico diferencial diz respeito ao processo em que a atenção do psicólogo está voltada para a investigação das irregularidades e inconstâncias percebidas no quadro sintomático apresentado pelo sujeito, de modo que o profissional busca compreender qual a psicopatologia dominante. No que se refere ao diagnóstico diferencial entre o luto a serviço da saúde e o luto mal elaborado, deve-se levar em conta a complexidade e a pluralidade de reações emocionais possíveis a fim de que se possa conceber um planejamento terapêutico baseado na singularidade do paciente. Neste sentido, o enfoque do diagnóstico diferencial deve ser na fase em que o enlutado se encontra, entendendo-se o luto como um processo, e não de uma forma maniqueísta baseada na dualidade estanque saúde e patologia.

O presente artigo objetiva articular alguns aspectos da teoria psicanalítica acerca do tema com casos atendidos na prática clínica. Trata-se do acompanhamento psicoterápico prestado a duas mulheres que perderam seus maridos de maneira súbita. O intuito primordial constitui-se em propiciar a reflexão acerca do diagnóstico diferencial dos processos de luto por meio das contribuições da teoria psicanalítica. Para tanto, serão utilizados conceitos de dois autores clássicos, consagrados, cujos trabalhos fundamentaram outros tantos - Sigmund Freud e Melanie Klein - bem como de autores contemporâneos que também trouxeram importantes contribuições sobre o tema em estudo.

Sendo assim, buscaremos proceder a uma breve revisão bibliográfica procurando investigar as concepções dos referidos autores. Posteriormente, serão apresentados dois casos atendidos no contexto de uma unidade de saúde da família situada em uma cidade no interior do sul do Brasil, a fim de que se possa relacionar a experiência clínica com a teoria psicanalítica. Ressalta-se que não é pretensão deste artigo a construção de uma discussão teórica sistematizada acerca das diferenças entre as concepções de Sigmund Freud e Melanie Klein; pretende-se, tão somente, apresentar duas possibilidades de pensar o entendimento dos casos, enfatizando-se o imperativo de que o terapeuta disponha de um adequado arcabouço teórico no qual possa sustentar um plano terapêutico buscando a melhora de seu paciente.

A preponderância do mandato de realidade: o luto de acordo com Freud

Em 1917, Freud publica *Luto e Melancolia* (1974), obra na qual apresenta seu entendimento acerca do processo de elaboração do luto e do estudo psicanalítico das depressões. Com a introdução dos conceitos de ideal de ego e narcisismo, o autor pôde aprofundar o debate à respeito das similaridades e diferenças entre o trabalho de luto e a melancolia, entendida como condição patológica do mesmo. Freud esclarece, logo no início da obra, que suas formulações baseiam-se em um pequeno número de casos de natureza psicogênica e expõe sua pretensão de comparar particularidades significativas que acompanham as manifestações características de quadros de luto e de melancolia.

Freud conceitua o luto como “a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (Ibid., p.294). Define o luto como um estado de ânimo profundamente doloroso, caracterizado pela perda de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de investir afeto em outro objeto ou ideal e pela inibição de quase todas as funções, de forma que

o enlutado mantém-se temporariamente num estado de rebaixamento libidinal e de sofrimento ante à morte ou à perda.

Durante o trabalho de luto, o indivíduo precisa ser capaz de retirar suas cargas libidinais, ou seja, seus afetos, das diversas representações intrapsíquicas do objeto perdido. Tal processo de elaboração geraria um grande dispêndio de tempo e de energia psíquica, já que as lembranças e expectativas nas quais a libido está conectada ao objeto estariam hipercatexisadas. Primeiramente, por meio do teste da realidade, há a confirmação de que o objeto amado não existe mais. Então, o enlutado passa a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto e deslocada para um outro objeto (objeto substituto), o que ocorre pouco a pouco, prolongando psicicamente a existência do objeto perdido. Este processo ocorreria de forma isolada a cada representação que o sujeito tivesse do objeto até que o trabalho se concluísse e o ego ficasse novamente livre. Dessa forma, o equilíbrio psíquico é restaurado quando ocorre a vinculação com outro objeto, por meio do deslocamento da libido (FREUD, 1974).

Ao longo do processo de luto, gera-se uma oposição quanto ao movimento de retirada da libido das ligações com o objeto perdido, de forma que tal oposição pode ser tão forte a ponto de levar a um desvio da realidade e a um apego ao objeto “por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo” (Ibid., p.250). Na maioria dos casos, a realidade se impõe mesmo que leve algum tempo prolongando a existência do objeto. Confrontado com a constatação de que o objeto não existe mais e com ameaça de partilhar do mesmo destino deste, o ego é persuadido “pela soma das satisfações narcisistas que deriva de estar vivo a romper sua ligação com o objeto abolido” (Ibid.,p.260).

Portanto, para que o processo de luto possa ocorrer, é importante viabilizar um trabalho de desidentificação e desinvestimento de energia, permitindo a introjeção do objeto perdido na forma de lembranças, palavras e atos. Dessa forma, tem-se a possibilidade de investir a energia em outro objeto. O período no qual se desenrola o luto se justifica pela necessidade de tempo para a realização do mandato da realidade, trabalho este que devolve ao ego a liberdade da sua libido, desligando-a do objeto perdido.

Destarte, o trabalho de luto é considerado por Freud um longo e doloroso processo - a serviço da saúde - que acaba por se resolver por si mesmo, quando encontra objetos de substituição para o que foi perdido. Mostra-se organizado e é conscientemente aceito quando a morte foi tomada como real e o enlutado apresenta disponibilidade para novos investimentos em sua vida, podendo, assim, manter vivos os sentimentos em relação à pessoa perdida, ao que se aliam a recuperação da autoestima e a valorização do ego.

Neste sentido, o luto tem a função de atribuir, àquela pessoa que morreu, um lugar simbólico subjacente à elaboração, também simbólica, da perda. Além de proporcionar tal assimilação simbólica, o enlutado se fortalece para enfrentar os momentos de acirramento da dor psíquica. Desse modo, o trabalho do luto é evocado pelo sujeito no sentido de fazer com que sua dor não se eternize, já que ele tem a função de elaboração e assimilação psíquica da perda, bem como a de possibilitar a separação com relação ao objeto perdido, a fim de que seja possível o reinvestimento num objeto substituto. Sendo assim, o luto procura oferecer um estatuto afirmativo a algo que se perdeu, bem como dotar este fato de um arcabouço simbólico (FREUD, 1974).

O luto é concebido em termos de movimento e passagem, pois ocorre um renascimento dos investimentos de objeto, e da libido que se dirige ao mundo. Já no luto patológico, o *eu* é condenado a não poder mais *ser* após a perda do objeto, ou seja, o *eu* fica em uma condição de inércia. Tal condição cria um sentimento de inferioridade, o qual acaba por transformar em longos e intermináveis os traços do luto, tais como o desânimo, a perda da capacidade de amar e a perda de interesse pelo mundo (CINTRA, 2011).

Se no luto ocorre uma perda consciente, na melancolia parece existir a perda de um objeto inconsciente (MACHADO, 1987). O indivíduo não percebe conscientemente o que perdeu, “sabe quem perdeu, mas não sabe o que perdeu nesse alguém” (FREUD, 1974, p.251). Portanto, “a perda vivida pelo melancólico tem conteúdo inconsciente: não é vivida a perda do objeto, mas do amor do objeto; por isso a natureza da perda é ideal” (OLIVEIRA, 2001, p.97). É o próprio ego que perde uma parte e não o mundo que fica empobrecido em virtude da falta do objeto.

Conforme destaca Machado (1987), Freud acredita em uma diferença de natureza qualitativa entre os aspectos saudáveis e patológicos do luto. A melancolia é caracterizada por Freud como um estado de desânimo profundo. Há desinteresse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, afastamento, inibição de todas as atividades, redução drástica da autoestima, tendência a autorecriminações e expectativa delirante de punição. O melancólico sente-se empobrecido e depreciado, pois considera que seu ego é indigno de estima, incapaz de produzir e moralmente condenável. Dirige a si mesmo sentimentos de culpa e espera ser castigado. Sente necessidade de difamar-se publicamente; faz muitas queixas, o que acaba por torná-lo uma pessoa maçante (FREUD, 1974).

O amor por um objeto muito idealizado converte-se, após o abandono, em uma série de identificações puras, formando uma instância crítica severa que condena e ataca um *eu* frágil demais para suportar o abandono (CINTRA, 2011). A libido investida no objeto liberta-se e se volta para o ego, sendo

usada para estabelecer uma identificação com o objeto. Portanto, uma parte do ego coloca-se contra a outra, criticando-a, como se a tomasse por objeto. Conforme apontam Machado e Schestatsky (2005), Freud chama tal instância crítica, que se dissocia e se separa do ego, de consciência moral; mais tarde, estas formulações originarão o conceito de superego. Faz-se essencial destacar que, na verdade, as autoacusações são dirigidas ao objeto e não ao ego, embora estejam deslocadas do objeto para o ego.

A autoacusações, a autoflagelação e o movimento mortífero do melancólico em direção ao seu próprio eu revelam, para Freud, uma circunstância psicopatológica específica: o melancólico não faz o luto da perda objetual. Ele se identifica ao objeto perdido, numa situação que sinaliza um quadro narcísico peculiar. Verifica-se que na melancolia há um desmentido da perda, bem como da renúncia ao objeto. Por meio da identificação narcísica, o melancólico mantém o objeto dentro de si, já que não pode perder o objeto ao qual se rendia, visto que nele o sujeito encontrava sua única forma - ainda que extremamente frágil - de continuidade do próprio sentimento de existência. Nessa circunstância, o sujeito, identificado ao vazio deixado pelo outro, entra num conflito de forças que revela a precariedade narcísica e o risco de seu desmoronamento (PINHEIRO et al., 2010).

A não-inscrição psíquica da perda objetual revela que o objeto não chegou a tomar uma circunscrição na subjetivação melancólica. Não há, para o melancólico, registro simbólico da perda objetual “pelo fato de que a deserção do Outro assinala, na constituição do sujeito, sua própria identificação ao nada” (Ibid., p. 14). Ou seja, o ego perdido refere-se à identificação ao nada e nessa condição, portanto, o objeto não se constituiria como perdido. Dessa forma, na melancolia, a perda do objeto toma outro destino, de modo que o objeto perdido é o próprio motivo da condição trágica do sujeito, na medida em que a ambivalência passa a assumir seu caráter violento na relação com o objeto (FREUD, 1974).

A ambivalência traduz uma forma de reação à perda que implica no empobrecimento subjetivo. Identificado, paradoxalmente, ao objeto perdido, processo esse chamado de identificação narcísica, o sujeito entra num movimento de assassinato de si mesmo. Aparece então a autoflagelação subjetiva, característica de um senso crítico sempre pronto a massacrar o próprio eu do melancólico. Ele percebe-se como inteiramente absorvido pela perda e afirma de maneira violenta sua condição ante o próprio sofrimento. O melancólico despede-se ao extremo em seu discurso, referindo-se a si mesmo com a violência de quem odeia, rejeita ou deseja vingança. O *eu* do melancólico acede a um estatuto de vazio absoluto, no qual é desvelada a condição mesma da mortalidade, da fraqueza, da desvalia, do desprezo (FREUD, 1974).

Em virtude do ódio, a parte do ego identificada com o objeto é atacada ocorrendo, através do sofrimento despertado, a satisfação das tendências sádicas. Pela via da autopunição, o melancólico vinga-se do objeto original e tortura o ente amado por meio de seus sintomas. Parte de seu investimento erótico no que se refere ao objeto retrocede à identificação, e outra parte, influenciada pelo conflito devido à ambivalência, “foi levada de volta à etapa de sadismo que se acha mais próxima do conflito” (Ibid., p. 257).

A reativação da posição depressiva: o luto de acordo com Melanie Klein

Melanie Klein (1971) entende o luto como um fato estrutural do desenvolvimento da personalidade localizando trabalhos de luto nas várias etapas do desenvolvimento humano, tais como a renúncia ao peito. A autora se refere ao luto como a capacidade do indivíduo de processar a quantidade de afetos ligados à perda, sendo que parte dessa capacidade já se manifesta muito cedo no desenvolvimento, ou seja, quando o bebê percebe que o seio da mãe pode fazer-se ausente mesmo contra sua vontade. A ausência produz na criança um estado de frustração sendo que, de acordo Klein (1971), a criança constrói as relações com os objetos por meio das experiências prazerosas e também através das perdas e frustrações.

Klein, num trabalho de 1940, considera o luto como um dos fenômenos da posição depressiva, pois a perda da pessoa amada reativa a posição depressiva arcaica, “juntamente com as ansiedades, a culpa e os sentimentos de perda, derivados da situação de amamentação, da situação edipiana e de todas as outras fontes” (KLEIN, 1996, p.396). Nesse sentido, afirma que ao longo do processo de luto “o indivíduo passa por um estado maníaco depressivo modificado e transitório, vencendo-o depois de algum tempo” (Ibid., p.397) repetindo, mesmo que em circunstâncias distintas, os processos atravessados pela criança no início de seu desenvolvimento. A dor desencadeada pela perda da pessoa amada é ampliada pelas fantasias inconscientes do sujeito que acredita ter perdido também seus objetos internos bons, restando-lhe apenas os objetos internos “maus”, os quais tornam-se dominantes ameaçando causar a desintegração de seu mundo interno.

No luto bem-sucedido o indivíduo reintrojeta não só a pessoa que realmente perdeu, mas também reinstala os pais amados, os quais são percebidos como seus objetos ‘bons’ internos, que se tornaram parte de seu mundo interno desde as etapas mais arcaicas de seu desenvolvimento. Dessa forma, reconstrói o mundo interior e vence seu pesar. Conforme Klein, “quando a segurança do mundo interno é gradualmente retomada, e os sentimentos e

objetos internos voltam a ganhar vida, os processos de recriação têm início e a esperança surge novamente” (KLEIN, 1996, p.402). Tal mudança se deve à redução do sentimento de perseguição e à vivência do anseio pelo objeto amado perdido. Portanto, “há um recuo do ódio e o amor se liberta” (1940/1996, p.402).

Assim como Freud, Klein acredita que o luto pode ser superado não podendo ser considerado uma doença quando o processo está a serviço de uma reorganização psíquica saudável. Ademais, entende existir uma diferença de ordem quantitativa entre os lutos saudável e o patológico, sendo que nas duas situações existiria uma estreita conexão com os processos mentais primitivos da infância (MACHADO; SCHESTATSKY, 2005). Para Melanie Klein (1971), em um processo de luto não patológico, o sujeito consegue restabelecer o objeto amado e perdido no ego, enquanto que no luto patológico essa reorganização fracassa.

Klein insiste na reativação dos conflitos da posição depressiva e não tanto na existência de uma ferida narcisista precoce como Freud, entendendo que o luto patológico seria o resultado de uma falha do processo de reparação na posição depressiva. A falha pode estar relacionada a várias causas como, por exemplo, a gratificação sádica de vencer e humilhar o objeto triunfando sobre ele, o que pode modificar o processo de elaboração da perda, acarretando desconfiança e perseguição.

Com a perda, impera a fantasia de destruição dos objetos bons, internos e externos e os objetos internos maus que permanecem funcionam como um superego sádico primitivo evocando culpa excessiva e estimulando o sentimento de que todos os objetos bons estão mortos e de que o mundo está desprovido de amor. O superego sádico é cruel, exige perfeição e opõe-se às pulsões. São feitas tentativas de idealizar os objetos externos como um meio de autopreservação; deste modo, quaisquer reprovações são dirigidas contra o eu, ao invés de se direcionarem aos outros. Sendo assim, o suicídio pode incorporar a noção de que o objeto externo bom apenas pode ser preservado por meio da destruição do *self* mau (OLIVEIRA, 2001).

Com seu mundo interno povoado pelos objetos perseguidores maus, no luto patológico, além da obrigação de proteger e apaziguar os objetos bons, é necessário enfrentar o ódio do id pelo ego. Dessa forma, não se pode confiar nos objetos bons que, conseqüentemente, tornam-se maus (MACHADO; SCHESTATSKY, 2005). Neste ponto Oliveira esclarece: “O ódio dirigido contra os objetos maus e as acusações do melancólico são intensificadas como defesa contra o ódio pelo id, que é ainda mais insuportável; (...) é o instinto de morte atuando contra o próprio ego” (2001, p.103).

Klein (1996), considerando a importância do fator constitucional, esclarece que mesmo quando a vivência da posição depressiva foi bem-sucedida, um quadro neurótico poderá ser desenvolvido em uma situação de luto. Embora valorize as relações de objeto precoce e as primeiras vitórias contra as pulsões destrutivas como condição para uma boa estruturação egóica, capaz de promover uma relação mais harmoniosa com o mundo, Klein pontua que essas condições não excluem a possibilidade de que o indivíduo possa, em outro momento de sua vida, fracassar na elaboração de uma perda e desenvolver uma sintomatologia específica.

Método

Serão trazidos os relatos de casos atendidos em uma unidade de saúde da família, localizada em uma cidade do interior do sul do Brasil. Optou-se pelo estudo de caso, em função desta técnica se destacar como um valioso recurso tanto para a execução de pesquisas científicas como para o desenvolvimento de práticas em Psicologia - sejam elas clínicas, organizacionais, educacionais ou de qualquer outra ordem (PERES; SANTOS, 2005). Os casos foram selecionados em virtude de sua relevância clínica no que tange à vivência de processos de luto e de sua pertinência no sentido de possibilitar a discussão acerca do diagnóstico diferencial do luto. Os dados pessoais que identificam os sujeitos foram mantidos em sigilo.

Os relatos apresentados a seguir referem-se ao acompanhamento psicoterápico de duas mulheres que perderam seus maridos de maneira abrupta. Ambas foram atendidas no contexto de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a qual caracteriza-se como um curso em nível de pós graduação *lato sensu* que tem como objetivo formar profissionais de diferentes áreas, capacitados a atuarem na atenção básica e orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades loco-regionais. O programa adota metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. É financiado pelo Ministério da Saúde e exige dedicação de 60 horas semanais em atividades de formação e de ensino em serviço desenvolvidas nas unidades e serviços de saúde.

Na qualidade de residente em saúde da família, a primeira autora trabalhou na referida Unidade durante dois anos, fazendo parte de uma equipe multiprofissional de residentes formada por profissionais das áreas de enfermagem, serviço social, fisioterapia, farmácia e educação física. A atuação da psicologia envolveu atividades coletivas e atividades de núcleo. As primeiras dizem respeito àquelas que são realizadas em conjunto com os demais residentes,

não sendo restritas a uma única área de atuação, enquanto as atividades de núcleo se referem àquelas que requerem conhecimentos específicos.

Os processos de acompanhamento psicológico escolhidos para apresentação neste artigo foram fundamentados no modelo psicodinâmico e tiveram como objetivo facilitar a vivência do luto por esses sujeitos, através da elaboração e aceitação da perda. A abordagem inicial centrou-se no processo de avaliação psicológica por meio de entrevistas abertas, as quais permitiram a coleta de informações da história de vida, bem como a investigação da vivência atual e a identificação dos principais sintomas. Durante o processo psicoterápico, buscou-se criar um espaço propício para a elaboração do sofrimento a fim de que fosse possível o desenvolvimento de condições que potencializassem o sentido de realidade e o fortalecimento intrapsíquico das usuárias atendidas.

No primeiro caso, utilizou-se como técnica a psicoterapia breve de orientação psicanalítica, a qual permite o enfrentamento de problemas emocionais em um espaço curto de tempo, já que paciente e terapeuta procuram soluções para situações de crise, tais como o luto (EIZIRIK et al., 2005). Os primeiros seis atendimentos ocorreram no domicílio da paciente duas vezes por semana, destacando-se que a visita e o atendimento domiciliar constituem-se práticas consolidadas pela Estratégia Saúde da Família. As quatorze sessões seguintes se realizaram na Unidade de Saúde sendo que onze delas ocorreram uma vez por semana, e as últimas três dentro de um intervalo de quinze dias. No segundo caso, utilizou-se a psicoterapia psicodinâmica, e o acompanhamento psicológico ocorreu com periodicidade semanal e duração média de 50 minutos por sessão durante quinze meses, com interrupção de trinta dias após o oitavo mês de atendimento devido ao período de férias da terapeuta.

Relato de casos

Caso 1

- Identificação: Esmeralda*, 72 anos, dona de casa, cinco filhos, viúva.
- Queixa: Sintomas depressivos desde o falecimento do marido, João, há 15 dias, vítima de um ataque cardíaco fulminante. Esmeralda encontrava-se sem sair de casa desde o enterro e alimentava-se a custa da insistência dos filhos.
- Histórico de atendimentos precedentes: Esmeralda havia sido atendida por mim cerca de seis meses antes do falecimento de seu esposo, época em que se encontrava bastante abalada por um episódio familiar. Sua nora, durante uma discussão com o marido Márcio, filho caçula de Esmeralda, havia atirado uma panela cheia de água fervente contra ele deixando-o muito ferido. Nessa ocasião foram realizados cinco atendimentos, sendo que nos dois

primeiros ela esteve acompanhada pelo marido. Esmeralda interrompeu os atendimentos alegando sentir-se mais calma devido à rápida e satisfatória recuperação do filho.

- Relato do acompanhamento psicoterápico atual: O primeiro atendimento à Esmeralda, após a morte de João, se deu em uma visita domiciliar. Uma de suas filhas havia solicitado o atendimento psicológico para sua mãe. Esmeralda havia tido desmaios nos últimos dias e, de acordo com os filhos, chorava por horas seguidas sem se alimentar ou dormir. Durante o atendimento, de cerca de uma hora, Esmeralda chorou todo o tempo e nas poucas vezes em que falou disse que a vida também tinha acabado para ela, não conseguiria viver sem o marido, que queria que Deus a levasse também. Realizei atendimento no domicílio de Maria ao longo de três semanas. A partir da quarta semana, combinamos que ela iria até a Unidade de Saúde para que pudéssemos conversar e para que ela pudesse verificar a sua pressão arterial (Esmeralda era hipertensa).

Com o decorrer dos atendimentos, pude conhecer a história de companheirismo do casal ao longo de 55 anos de união. Esmeralda casou-se com 17 anos e teve cinco filhos (duas mulheres e três homens). Por longos anos, a família morou no interior do Paraná e ela, além de cuidar dos afazeres domésticos e dos filhos, ajudava João na roça. A família mudou-se para a cidade onde residem há cerca de 20 anos e “os filhos foram se juntando, casando e ficamos só eu e o meu velho em casa, o amor da minha vida...” Depois que o marido parou de trabalhar, “parece que o amor aumentou, a gente só ficava grudado, aonde um ia, o outro ia logo atrás.”

Esmeralda havia sido criada em área rural e mudou-se para uma cidade de pequeno porte logo depois de seu casamento. Teve 11 irmãos, seis deles já falecidos, dois morreram ainda crianças. Esmeralda tinha recordações importantes acerca da história de suas perdas. Refere o falecimento de um dos irmãos aos dois anos de idade, quando ela tinha seis anos. Lembrava-se da tristeza estampada no rosto de sua mãe e de sentir-se muito sozinha no período que sucedeu a perda do irmão, pois “estavam todos muito tristes em seus cantos.” Trazia também recordações sobre a morte do pai que lutou por cerca de três anos contra um câncer. Afirmo que a morte do pai foi “muito triste, mas a gente já esperava porque essa doença é tihosa, acaba com a pessoa.” A experiência de perda mais recente, antes da perda de seu esposo, tinha sido a perda da mãe e Esmeralda falava com tranquilidade sobre tal acontecimento. Sua mãe havia falecido há seis anos, “era uma boa mãe, trabalhadora, cuidadosa, ficou velhinha, já estava bem velhinha.”

Passado o estado de profunda dor nas semanas que sucederam à morte de João, Esmeralda pôde levar às sessões fotografias e cartões escritos pelo

marido, narrando para mim os momentos mais importantes, as palavras mais bonitas trocadas entre eles e expressando cada vez mais abertamente os seus sentimentos. Por várias vezes a equipe de saúde me questionava sobre seu estado de saúde, pois sua presença mobilizava a todos na Unidade de Saúde. Enquanto esperava pela sessão, Esmeralda chorava muito, mesmo depois de transcorridos três meses da perda do marido. Como é uma pessoa conhecida e querida pela comunidade, os usuários da Unidade que a encontravam ficavam emocionados e também preocupados. Além das lágrimas intermináveis, a viúva trajava-se toda de preto, escancarando para o mundo a sua dor.

Esmeralda não parou de chorar, mas foi progressivamente interagindo mais com as pessoas. Parecia ter uma necessidade enorme de falar sobre sua vida, de trazer suas memórias e dividi-las com qualquer um que se dispusesse a escutá-la. Quando ia buscá-la na sala de espera para iniciarmos a sessão, por várias vezes testemunhei Esmeralda contando detalhes sobre o dia em que o marido havia falecido. Cerca de quatro meses após o início dos atendimentos, já nos meses finais do tratamento, quando já estávamos nos encontrando quinzenalmente, Esmeralda me surpreendeu:

Esmeralda: Olá querida! Hoje eu tô melhor, fora esse enjôo que sinto há dias. Até marquei uma consulta com a médica pra ver isso. Mas eu acho que sei o que é...

Terapeuta: E o que é?

Paciente: Pra você eu posso contar... Acho que eu tô grávida!

Terapeuta: É mesmo?! Mas me conte por que você está pensando nessa possibilidade.

Paciente: Querida, até quando eu digo uma bobagem dessas você ainda me escuta! (risos) Só se eu tivesse maluca, tava só brincando...

Ela então me abraça com força e diz: - Obrigada por tudo querida! Obrigada do fundo do meu coração. Você sempre vai estar nas minhas orações.

Logo após esse episódio Esmeralda, aos poucos, foi retomando sua rotina: limpar a casa, levar a netinha na creche, cozinhar. Voltou ao grupo de caminhada que ocorria três vezes por semana na comunidade mesmo temendo que fosse ficar muito triste por “não ter mais a mão dele pra segurar enquanto caminho, como era antes.” Nossos encontros, que já eram quinzenais, chegaram a seu término na vigésima sessão.

Caso 2

- Identificação: Vera, 54 anos, dois filhos, dona de casa, viúva.

- Queixa: Problemas recorrentes de saúde desde o falecimento do marido,

Pedro, há quatro anos. Antes de chegar até mim havia realizado acompanhamento psicológico por cerca de seis meses (um ano após o falecimento), época em que relata ter se sentido “um pouco melhor”. Entretanto, cerca de três meses após o término deste tratamento, ela diz que seus sintomas se intensificaram e foi diagnosticada hipertensão arterial, doença para a qual vem fazendo tratamento. Também relata labilidade de humor, com alternância entre episódios de tranquilidade e outros de angústia e irritação sem motivo aparente.

- Relato do acompanhamento psicoterápico: Na primeira sessão, Vera conta que enfrentava dificuldades para conciliar o sono, e que quando finalmente conseguia dormir, acordava com taquicardia após ter tido pesadelos. Manifesta preocupação com um aumento importante de peso nos últimos anos. Conta ter se afastado das amigas e que quase não saía de casa, pois geralmente passava mal ao caminhar na rua: “me dá tontura, uma vez eu até caí e a vizinha me ajudou. Cheguei até a pensar que era labirintite, mas já fiz exame e a médica fala que não pode ser. Acho que é da minha cabeça mesmo.” Já nesta primeira sessão fica evidente a dificuldade de Vera em verbalizar seus conflitos e angústias, dificuldade essa também percebida ao longo das demais sessões.

Também desenvolveu claustrofobia e medo de dormir sem que pelo menos um dos filhos estivesse em casa. “Fico com medo do escuro quando não tem ninguém em casa, parece que vai acontecer alguma coisa, parece que eu posso perder o controle, ficar louca mesmo.” Relata um pesadelo recorrente em que se vê dentro de um caixão, como se tivesse sido enterrada viva. Digo a ela que talvez seja esse mesmo o seu sentimento, de ser “enterrada viva” desde o falecimento do marido, já que parecia que sua própria vida estava em módulo de espera desde então.

Ao longo dos encontros, pude investigar a história familiar e as condições da morte do marido. Ele estava aposentado há quase um ano e tinha começado a trabalhar como motoboy. Foi morto em um violento acidente em que sua moto bateu contra um caminhão, nas proximidades de sua residência. Pouco mais de um ano antes da morte de Pedro, Vera descobrira que o marido vinha tendo relações extraconjugais. Conta que logo que Pedro recebeu o dinheiro da aposentadoria, “deu um carro para a amante e deixou eu e os dois filhos a ver navios. Ela era uma moça mais nova e, vendo que a fonte tinha secado, largou dele.”

Embora tenha decidido por não se separar do marido, Vera relatava que tudo havia mudado na família. “Para mim nada nunca voltou a ser como era antes. A gente já tinha brigado outras vezes, claro, foram 20 e tantos anos de casados, não dá para ser um mar de rosas sempre. Mas eu não esperava... Achava que quando ele se aposentasse, finalmente a gente seria feliz de verdade, sem preocupações, sem correria. E ele me aprontou aquilo.”

Em outra sessão, continua: “Sei que eu nunca perdoei de verdade, aquilo ficou entalado na minha garganta. Aquele ano (da morte de Pedro) foi muito ruim, a gente brigava muito, se ofendia. Os filhos também começaram a dar problema, a mais velha casou e logo descasou.”

Acerca de sua reação à morte do esposo, relata que não conseguiu chorar nos dias que sucederam o acidente. Lembra sentir-se alheia à toda a situação, “como se estivesse anestesiada.” Passado esse momento inicial, afirma ter sentido raiva do marido por ter ficado sozinha, raiva por ele ter morrido justamente naquele momento em que o casamento passava por uma fase ruim e, finalmente, raiva porque a morte fazia sentir-se culpada, como se ela fosse “a vilã da história toda e não ele que me fez sofrer tanto com a traição”.

Vera relatava ter um bom relacionamento com os filhos, especialmente com o filho mais novo. Dizia conseguir conversar mais com ele, pois a filha tinha os próprios problemas e, por isso, não se sentia bem em desabafar com ela. Os dois filhos estavam morando em sua casa, além de um neto de cinco anos. De acordo com Vera, os filhos já haviam superado a morte do pai. “O menor sofreu muito, sofreu mais do que a irmã até porque ela sabia da traição e também estava chateada com o pai, não aceitava tudo aquilo, estava revoltada. Mas eles estão seguindo a vida, tocando...”.

Quando exploro os pesadelos de Vera, descubro que giram em torno do mesmo tema: culpa pela morte do marido. Ela tem sonhos recorrentes de que ela própria está morrendo ou em situações angustiantes, ou se vê sendo queimada ou machucada de alguma forma. Também sonha que sente um tremendo mal-estar que a impede de dormir, o que a faz acordar de fato. Durante o relato de um desses pesadelos, Vera conta, emocionada, que no dia em que ocorreu o acidente que vitimou o marido, havia lhe dito logo antes que ele saísse de casa que “desejava que ele morresse logo de uma vez e me deixasse em paz (...); o pior de tudo é que eu realmente quis que ele morresse, eu pensei com força. Achei que era o que ele merecia por tudo o que me fez. Eu já tinha falado isso outras vezes, algumas vezes era só da boca pra fora, outras vezes era sério. Mas naquele dia foi sério, eu realmente pedi pra Deus e me sinto muito culpada por isso. A culpa é minha, a culpa é minha... é isso que eu tenho dentro de mim”.

Acerca de seu histórico de perdas, Vera relatava a morte do pai, ocorrida há mais de quinze anos. Diz ter ficado bastante abalada e conta que nunca teve muita intimidade com o pai, “ele tinha um gênio difícil, ele e a mãe brigavam muito, isso em algumas épocas, em outros tempos as brigas paravam um pouco. Era um pai bem autoritário, bravo, ficava pouco em casa com a gente.” Sua mãe ainda era viva e morava na casa de uma filha em outra cidade. A mãe

havia se recuperado da perda do esposo, embora tivesse sofrido bastante na época do falecimento. Investiguei acerca da existência de relacionamentos extraconjugais no casamento de seus pais e ela afirmou nunca ter ficado sabendo de nenhuma história, mas que “não colocaria a mão no fogo pelo meu pai”.

Ao longo do tratamento psicoterápico, Vera pôde extravasar distintos sentimentos em relação ao marido, tais como raiva, remorso, culpa, carinho. Apresentou algumas melhoras, aos poucos foi resgatando o círculo de amizades, e a sensação de mal-estar, ao sair de casa, diminuíram significativamente. Embora com menor frequência, os pesadelos persistiram, mas quando ocorriam ela usava uma estratégia que parecia lhe acalmar: “vou até a cozinha, tomo um copo de leite e tento puxar pra memória uma lembrança bem boa da nossa família. Fico lembrando, vivendo de novo aquela sensação boa e vou me acalmando. Daí consigo voltar pra cama e dormir. Não dá certo sempre, mas tem me ajudado muito”.

Discussão

Os dois casos ilustram diferentes processos de luto. A escolha dos mesmos foi proposital a fim de que se possa analisar o desenrolar de um trabalho saudável de luto, o primeiro caso, comparando-o com o segundo, no qual existe um forte sentimento de culpa envolvido. Conforme Silva e Ferreira-Alves (2012), as diferenças individuais percebidas no processo de enfrentamento da perda se devem à mediação de variáveis pessoais e contextuais, tais como o relacionamento conjugal e as circunstâncias da morte.

Ao contrário do que se imagina à primeira vista, uma relação marcada pelo carinho e pela cumplicidade com o objeto real geralmente auxiliam o processo de luto. No que se refere a adultos idosos que perdem seus cônjuges, a maneira como experienciam a viuvez está relacionada à forma como vivenciam sua relação conjugal, isto é, à qualidade de seus casamentos (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012). No caso de Esmeralda, a relação harmoniosa com o objeto perdido foi fator preponderante para o desenrolar de um trabalho de luto bem-sucedido. Todos temiam por sua condição psicológica, justamente pelo grande amor que sentia pelo marido, pelos anos que passaram juntos e felizes. As roupas pretas, o choro, a recusa em se alimentar, a insônia aumentavam a preocupação de amigos e parentes que imaginavam que a recuperação seria difícil.

Goulart (2008) lembra que ao luto estão atrelados vários simbolismos. Algumas culturas elegem uma determinada cor para caracterizar a fase e facilitar o reconhecimento da perda. Outro simbolismo clássico em nossa sociedade, predominantemente católica, é o ato religioso, mais comumente representado pelas missas de corpo presente e de sétimo dia. O autor destaca a importância

de permitir a ritualidade do processo, que pode ser diferente entre culturas e pessoas, não sendo possível estipular um padrão de comportamento. Neste sentido, pode-se entender que a escolha por trajar-se de negro nos meses que se seguiram à morte do marido era uma forma de Esmeralda, católica praticante, elaborar a dor.

O idoso em processo de luto pode apresentar alguns distúrbios, como os do sono e da alimentação, ou ainda manifestações somáticas, sendo comum a falta de ar, o aperto no peito, falta de energia, insônia, passividade, alucinações e ansiedade (OLIVEIRA; LOPES, 2008). As alterações do sono podem estar relacionadas à somatização ou ao fato de que durante o sono, lembranças que causam sofrimento possam invadir a mente e levar a uma temida revivência do trauma (PARKES, 1998). De acordo com Goulart (2008) e Oliveira e Lopes (2008), a pessoa idosa deve ser acompanhada e deve ser-lhe permitido tempo para reorganizar-se emocionalmente. Neste sentido, a avaliação dos sintomas apresentados por Esmeralda foi fundamental para que fosse possível avaliar que tipo de ajuda se fazia necessária.

Na fase inicial do luto, o idoso pode precisar de ajuda para atividades básicas do cotidiano (PARKES, 1998). Portanto, é primordial que aqueles que o circundam tenham em mente que o enlutado precisa realizar uma tarefa dolorosa, que não pode ser evitada nem apressada. A família deve ser incentivada a ter tolerância para com o idoso enlutado e a desenvolver a comunicação e o compartilhamento de sentimentos sobre a perda, buscando restabelecer o equilíbrio familiar. O ajustamento das condições externas favorece o ajustamento das condições intra-psíquicas, permitindo ao idoso seguir em frente ao invés de, inconscientemente, escolher morrer. A verdadeira ajuda consiste em reconhecer a morte e permitir que a pessoa em luto se organize para poder elaborá-la (PARKES, 1998).

Além da boa relação com o marido, Esmeralda tinha um histórico de relações consistentes na infância. Trazia lembranças vivas e felizes dos anos passados no campo e da relação com os irmãos, as brincadeiras, o momento de dormirem juntos em um mesmo quarto e as refeições em família. Parecia ter presenciado uma relação de casal harmônica entre seus pais e, de forma geral, todo um contexto familiar estável durante sua infância. Com base na concepção de Klein, pode-se supor que não apenas a boa relação de objeto com o marido, mas também suas relações de objeto primevas e a qualidade da resolução vivenciadas na posição depressiva foram fatores decisivos para a elaboração do luto. Nesse sentido, ressalta-se que o arcabouço teórico oferece importantes pistas para que o terapeuta conduza a investigação analítica, para que construa um plano terapêutico e para que possa traçar um prognóstico.

Esmeralda pôde compartilhar com a terapeuta suas lembranças e seus sentimentos, o que auxiliou o desenrolar do trabalho de luto permitindo que ela retomasse várias de suas atividades e, principalmente, que recuperasse a vontade de viver. Esse movimento no sentido de investir novamente na vida fica evidente quando Esmeralda fala para a terapeuta sobre sua suspeita de gravidez. Mais do que uma demonstração de que o senso de humor havia sido restaurado, percebe-se o investimento na vida, pois a gravidez representa justamente a retomada da capacidade de gerar, de criar planos, de seguir em frente.

O processo psicoterápico auxiliou Esmeralda a reestruturar-se internamente e a elaborar o luto pela perda do marido. De acordo com a teoria freudiana, Esmeralda realizou um trabalho de desidentificação e desinvestimento de energia no objeto perdido e introjetou-o na forma de lembranças, palavras e atos. Este processo permitiu a liberação da energia psíquica de seu ego deixando-o livre para investir em outros objetos, ou seja, nos filhos, nos netos, nos amigos do grupo de caminhada e em si mesma. Recorrendo aos preceitos de Melanie Klein, pode-se entender que Esmeralda pôde restaurar tanto seu mundo interno como também o externo por meio da reorganização de suas atividades e da retomada de sua rotina.

Segundo Eizirik (1987), em situações de luto saudável cabe ao profissional utilizar a psicoterapia de apoio e reassuramento, permitindo que o enlutado dê vazão às suas emoções, ouvindo empaticamente e oferecendo o suporte necessário para a elaboração desse luto. O mesmo autor alerta para a importância da parcimônia quanto ao uso da medicação, considerando que a capacidade de expressar os sentimentos (culpa, pesar, inconformidade, sensação de abandono) deve ser resguardada, pois se constitui em aspecto decisivo para que o trabalho de luto se conclua. A interpretação, em princípio, não se faz necessária. Acerca do trabalho de luto, especificamente em idosos, Goulart (2008) aponta a necessidade de que tal temática seja resgatada pelo meio acadêmico, a fim de que seja revalidada sua importância, considerando que manifestações físicas e psíquicas que acompanham o luto podem ser maiores e mais graves nesta faixa etária.

No segundo caso, a avaliação psicológica revelou sinais clínicos evidentes da angústia da perda do objeto e da separação afetiva, bem como fortes sentimentos de culpa. Entendeu-se que o processo terapêutico de Vera deveria passar pela realização de um trabalho de luto que estava bloqueado e foi proposta uma intervenção psicológica no sentido de facilitar a vivência do luto passando pela aceitação e elaboração da perda. Percebeu-se, além do sentimento de culpa, a ambivalência em relação ao objeto perdido.

Sentimentos ambivalentes intensos nas relações anteriores com o objeto causadores de culpa e raiva no enlutado inibem o processo de luto podendo constituir-se em uma saída patológica para sua resolução. Vera passou a apresentar problemas de saúde e baixa autoestima, isolou-se socialmente, e sua relação com os filhos foi prejudicada. Mesmo depois de transcorridos mais de quatro anos da morte do marido, Vera sentia fortes repercussões da perda, vivenciando um luto mal elaborado, que comprometia as relações atuais (WORDEN, 1996).

A dificuldade de Vera em elaborar o luto frente à perda do marido estava expressa em seus sintomas, e sua incapacidade de verbalizar seus conflitos e angústias a conduzia, frequentemente, à somatização e à labilidade de humor. Segundo Rebelo (2009), à medida que os caminhos de busca pelo objeto perdido fracassam, a impaciência aumenta de modo que a irritação generalizada e agressividade passam a ser os eixos do comportamento com as pessoas próximas, o que acaba afastando o enlutado de sua rede social.

Vera parecia ter uma grande dificuldade em renunciar ao objeto-marido, ou seja, parecia não conseguir admitir a perda já que, desde o casamento, tinha construído sua vida em função da vida do marido e da família. Reconhecer a perda significava perceber-se esvaziada e sem um rumo, sem condições de identificar seus desejos e tendo comprometida sua capacidade de diferenciação entre o que era dela e o que era do outro. Ademais, os sentimentos negativos direcionados ao marido em função da descoberta de traição extraconjugal, e a discussão logo antes do falecimento em que manifesta o desejo, real e consciente, de que ele morresse, estavam relacionados à culpa e à ambivalência sentidas por ela. As doenças recorrentes, o aumento de peso, a deterioração da aparência física, a renúncia às relações sociais podem ser entendidas, com base na teoria freudiana, como formas de punição perante a culpa, e como resultantes de um processo de identificação narcísica, por meio do qual dirigia para si o ódio que sentia em relação ao objeto, visto que o objeto era mantido dentro dela, já que Vera não renunciava a ele.

Quanto ao conteúdo dos sonhos de Vera, nos quais ela própria morria ou se encontrava em situações de sofrimento, considera-se, com base na teoria de Melanie Klein, a possibilidade de que tenha desenvolvido a crença de que a destruição do objeto mau seria a única forma de preservar o objeto externo bom idealizado. Dessa forma, sua própria morte seria a única forma de suprimir a culpa e de reestabelecer alguma felicidade. Nesse sentido, pode-se entender que Vera sentia-se atormentada internamente, invadida por objetos maus, de forma que seu mundo interno - mau e sujo - lhe aparecia por meio dos sonhos.

É importante resgatar a afirmação de Parkes (1998) de que nas situações de morte abrupta, ocorre uma ruptura brusca no investimento objetal, emergindo a pulsão de morte. Esta pode ser ainda maior quando a morte foi violenta, com mutilação do corpo, suscitando um forte sentimento de culpa, fracasso e impotência. Portanto, entende-se que as circunstâncias da morte do marido no momento em que o casal enfrentava uma crise conjugal, constituíram-se em fatores complicadores do trabalho de luto de Vera.

O luto patológico requer tratamento específico. A culpa exacerbada e a revolta contra o morto configuram a essência da reação psicológica neste tipo de luto. Existem várias possibilidades de psicoterapia que vão desde o tratamento para o luto recente até aquelas que têm como um dos focos os lutos mais antigos, não resolvidos sob os quais se formam defesas e manifestações psicopatológicas. Eizirik (1987) traz a sua experiência no tratamento do luto relatando a aplicação da psicoterapia breve dinâmica com as seguintes características: uma a duas sessões semanais, períodos não superiores a seis meses, em que o foco é a situação de luto e se utiliza, predominantemente, interpretações acerca da relação ambivalente prévia, da culpa decorrente, da identificação com o objeto perdido e de como este objeto está ocupando porções de ego e impedindo a resolução do luto. Destaque deve ser dado ao trabalho transferencial vinculado à alta, porque permite reviver a perda e auxilia na sua solução.

Eizirik (1987) enfatiza a importância da transferência na abordagem do luto de forma que o terapeuta precisa estar atento ao que está representando para o paciente, interpretando os sentimentos de ambivalência para que o paciente não atue. Acerca do luto patológico, muitas vezes o quadro motiva a busca por tratamento, mas em outras tantas o profissional percebe a existência de um luto mal resolvido apenas quando a aliança terapêutica está consolidada o bastante para que o paciente possa trazer tal conflito. Nestes casos, é preciso esperar que as fantasias e defesas relacionadas ao luto possam submergir. Embora Vera não tenha apontado o luto como queixa central, logo se pôde perceber que os sintomas relatados estavam relacionados aos conflitos referentes à perda do marido. A possibilidade de investigar um material onírico tão rico auxiliou no processo de elaboração de seu luto.

O processo de acompanhamento psicológico, concebido no modelo psicodinâmico, surtiu um efeito estruturante, verificando-se a diminuição da ansiedade e a atenuação dos pensamentos ruminativos de Vera em torno da morte do marido. Observou-se o desenvolvimento de uma maior capacidade de refletir acerca de seus sentimentos e emoções, facilitando o processo de elaboração dos seus conflitos internos.

Considerações finais

A contribuição da teoria psicanalítica, além de tornar possível a compreensão dos processos de luto saudável e de luto complicado, traz a possibilidade de elaborá-los. A diferenciação entre os trabalhos de luto bem elaborado e mal elaborado reduziu a dificuldade na classificação e, conseqüentemente, no diagnóstico e tratamento dos pacientes. Entretanto, a grande quantidade de aspectos que compõem o processo de luto e os pontos de semelhança com outros quadros, como a depressão, têm dificultado o trabalho de psicólogos e psiquiatras. Muitas vezes, percebe-se que o diagnóstico diferencial é pouco considerado contribuindo para a banalização de diagnósticos de depressão e a medicalização desenfreada (Goulard, 2008).

Em alguns casos, processos saudáveis de luto não são respeitados e impõem-se uma expectativa de melhora a curto prazo no estado de ânimo do enlutado. Em contrapartida, lutos complicados, que se estendem por muitos anos, interferindo nas relações atuais do enlutado não são percebidos e/ou valorizados pelos profissionais, os quais ficam presos apenas à queixa sem abarcar os episódios de perda. Uma das possíveis justificativas para este fato é a dificuldade na diferenciação entre luto saudável e patológico. O impacto de uma perda significativa e a sua elaboração através do trabalho de luto são influenciados por vários fatores, tais como os recursos da personalidade do indivíduo, seu repertório de técnicas de enfrentamento, as experiências anteriores de perda e sua capacidade de tolerância à frustração.

Dessa forma, “o luto poderá resultar numa doença mental, não se constituindo, por si só, em uma, muito menos com diagnóstico próprio” (MABILDE, 1987, p.4). O luto constitui-se em um fator de risco para a saúde mental, de maneira que seu diagnóstico e tratamento são fundamentais para a prática clínica. Portanto, um dos objetivos da psicoterapia psicodinâmica é permitir a aceitação da perda e o estabelecimento de outras relações objetivas. Por fim, vale ressaltar a indicação de Kovács (2005) acerca da necessidade de que se invista em projetos de educação para a morte. A autora apresenta interessantes propostas de ampliação dos espaços de reflexão sobre o tema, ressaltando que o desafio de preparar as pessoas para lidar com a morte é ainda mais urgente para profissionais das áreas de saúde e de educação.

Referências

CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa. Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir. *ALTER Revista de Estudos Psicanalíticos*, [S.l.], v. 29, n.1, p. 23-40, 2011.

GOMES, Lauren Beltrão; GONÇALVES, Jadete Rodrigues. Processo de luto: a importância...

EIZIRIK, Cláudio Laks. Abordagem Psicoterápica do luto. *Revista de Psiquiatria*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 190-93, 1987.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Trad. J. Salomão, Rio de Janeiro: Imago, .1974. p. 275-291. (Trabalho original publicado em 1917)

GOULART, Adalbert. Com a alma desabitada: reconsiderações sobre luto e melancolia. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 42, n.3, p.103-114, set. 2008.

KLEIN, Melanie. O luto e sua relação com os estados maniaco-depressivos. In: *Amor, culpa, reparação e outros trabalhos*, Obras Completas de Melanie Klein, Vol.1, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.387-415. (Trabalho original publicado em 1940)

_____. *O sentimento de solidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 25, n.3, p. 484-497, set. 2005.

MABILDE, Luiz Carlos. Caracterização do Luto Patológico e Diagnóstico Diferencial com Luto Normal. *Revista de Psiquiatria*, Porto Alegre, v.9, n. 3, p. 85-87, 1987.

MACHADO, Sérgio Carlos Eduardo Pinto. Luto em Freud e Melanie Klein. *Revista de Psiquiatria*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p.187-89, 1987.

MACHADO, Sérgio Carlos Eduardo Pinto; SCHESTATSKY, Sidnei. S. Abordagem Psicodinâmica do Paciente Deprimido. In: ELZIRIK, Claudio L.; AGUIAR, Rogério W; SCHESTATSKY, Sidnei S. et al. *Psicoterapia de Orientação Analítica*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 541-552.

OLIVEIRA, Tereza Marques de. *O Psicanalista Diante da Morte*. São Paulo: Mackenzie, 2001.

OLIVEIRA, João Batista Alves; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, abr./jun.2008.

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

PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antônio dos. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. *Interações*, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 109-126, dez. 2005.

PINHEIRO, Maria Tereza da S.; QUINTELLA, Rogerio Robbe.; VERZTMAN, Julio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 22, n.2, p. 147-168, 2010.

REBELO, José Eduardo. *Amor, luto e solidão*. Como construir e preservar o amor, que trilhos adoptar no divórcio e no luto e como evitar a solidão. Alfragide, Portugal: Casa das Letras, 2009.

SILVA, Maria das Dores F.; FERREIRA-ALVES, José. O Luto em Adultos Idosos: Natureza do Desafio Individual e das Variáveis Contextuais em Diferentes Modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 25, n.3, p.588-595, 2012.

WORDEN, J. William. *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996

Submissão em: 11/04/2014

Aceite em: 10/06/2014

Lauren Beltrão Gomes é graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, (2004). Especialista em Saúde da Família/ Modalidade Residência pela Universidade Regional de Blumenau (2007), com formação em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pelo Centro de Estudos Psicodinâmicos de Santa Catarina (2006). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011).

Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (bolsista CAPES).

Endereço para correspondência: Rua Regente Feijó 251 apt 102, Itoupava Seca, Blumenau, SC, Brasil, CEP 89035-410.

E-mail: laurenbeltrao@yahoo.com.br

Jadete Rodrigues Gonçalves é graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1979), especialista em psicologia clínica, psicologia hospitalar e, em educação. Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007) e professora associado I na Universidade Federal de Santa Catarina.

E-mail: jadete@cfh.ufsc.br