

## O PROCESSO DE LUTO

2016

**Vera Alexandra Barbosa Ramos**

Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Psicóloga Clínica e Formadora.  
Detentora de vários cursos de formação na área de Psicologia. Membro  
Efetivo da OPP

E-mail de contato:

[verinhabramos@hotmail.com](mailto:verinhabramos@hotmail.com)

---

### RESUMO

A perda de alguém significativo para nós pode influenciar a dinâmica de uma família, uma vez que o contexto familiar é modificado e os seus membros vêm-se obrigados a reorganizar-se e a redefinir papéis. Um funcionamento familiar saudável, onde a comunicação e a expressão de sentimentos prevalecem, bem como a coesão entre os membros familiares, pode contribuir para um processo de ajustamento adaptativo à situação de perda. O presente artigo tem como objetivo abordar o processo de luto, bem como os seus fatores envolventes, através do apoio de referencial teórico, onde se inclui a distinção entre o luto normal e o luto patológico. Ao longo deste trabalho é demonstrado de que forma os adultos e as crianças vivenciam a perda, dando ainda referência à importância do papel do psicólogo na intervenção terapêutica e na reorganização do contexto familiar em situações de luto.

**Palavras-chave:** Luto, perda, luto normal, luto patológico, família, intervenção psicológica.

---

### INTRODUÇÃO

O conceito de “luto” está naturalmente associado ao processo posterior à morte de um ente querido. No entanto, quando estamos perante o término de uma relação amorosa ou a perda de um membro do nosso corpo após um acidente ou após uma cirurgia, ou quando perdemos um animal de estimação, estamos igualmente a falar de luto, ou seja, todas estas situações são exemplos de perdas pelo que o indivíduo passa ao longo da sua vida e que, obviamente, necessita de tempo para



ultrapassar esta fase mas, apesar das diversas situações de luto, tendemos a nos cingirmos apenas ao luto associado à morte.

Há teorias que minoram o estudo dos processos de saúde e doença à dimensão biológica, sendo alvo de fortes críticas na década de setenta, com a proposta de novos modelos que procuram ser uma alternativa a essa conceção reducionista, como é o exemplo do modelo biopsicossocial (Engel, 1977) que visa incorporar, além da dimensão biológica, as dimensões social e psicológica do indivíduo.

O modelo holístico (Bliss et al. 1985; Sobel, 1979; Stanway, 1982) defende uma abordagem global da pessoa, isto é, vê a pessoa como um todo, salientando a necessidade de ser considerada a sua autonomia conceitual, como as avaliações, as interpretações ou significações que cada pessoa faz sobre o seu estado de saúde. Estas avaliações subjetivas sobre os sintomas, das interpretações ou das significações sobre as causas e as evoluções de uma determinada doença, da implementação e da modificação de estilos de vida têm uma influência significativa na evolução do estado de saúde/doença. Com efeito, diversos estudos empíricos têm demonstrado que as significações pessoais estão na base do bem-estar psicológico e na facilitação dos processos de promoção da saúde, assim como nos de reabilitação.

Assim sendo, quando abordamos a saúde e a doença, não devemos apenas considerar o modelo biomédico que se restringe a uma dimensão biológica, devemos também considerar os fatores psicossociais, pois só assim se poderá explicar as causas das doenças ou os fatores relacionados com a promoção da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao contrário do modelo biomédico, define saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença, ou enfermidade*”. Desta forma, a saúde é definida num sentido positivo, não sendo caracterizada apenas pela ausência de doença. Em consequência, são introduzidas as dimensões psicológicas e sociais da pessoa, indicando a impossibilidade de se definir saúde em termos exclusivos da dimensão física. No entanto, apesar da sua conceção multidimensional, a definição de saúde da OMS tem sido criticada pelo seu sentido utópico e por não enfatizar os aspetos adaptativos da pessoa face às suas perturbações:

*“O conceito de uma saúde positiva e perfeita é uma criação utópica do ser humano. Não se pode tornar realidade porque o homem nunca conseguirá atingir um estado de adaptação perfeito, no qual não seja necessário o confronto e a resolução de problemas e deixem de existir erros e sofrimentos”* (Dubos, 1980). De acordo com o mesmo autor, um conceito de saúde que invoque para um estado ideal, pode tornar-se perigoso se o seu carácter inatingível for esquecido.

Este artigo aborda o processo de luto, as variáveis que lhe estão subjacentes, a divergência entre luto normal e o luto patológico, a perspetiva do luto nos adultos e as suas vivências no ambiente familiar, o luto infantil e algumas sugestões de intervenção psicológica nesta temática.

## O PROCESSO DE LUTO

A definição de “Processo de Luto” é bastante complexa na medida em que cada pessoa o vivencia de forma diferente, mediante as culturas, o meio em que está inserida e o próprio contexto da perda também influencia a forma como a pessoa vai encarar o luto. Assim, para uma melhor compreensão deste processo, considera-se importante abordar determinadas definições de alguns autores, bem como algumas perspetivas e modelos que se têm evidenciado neste campo.

De acordo com Engel (1961, *cit.* por Averill & Nunley, *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993), o luto não é só um estado pessoal de intensa angústia mas, também, um fenómeno associado a uma grande variedade de perturbações psicológicas e somáticas.

Em 1973/1980, Bowlby (*cit.* por Mikulincer & Florian, 1996), afirma que o luto reflete a frustração de uma necessidade básica de vinculação, que é manter a proximidade com uma figura significativa, bem como o romper de um significado de segurança na vida. Posteriormente, Glick, Weiss & Parkes (1974, *cit.* por Weiss, 1993, *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993) e Wortman & Silver (1987, *cit.* por Weiss, 1993, *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993) referem que o luto resulta pelo facto de os indivíduos perderem algumas relações primárias, mas não todas, e que as pessoas que perdem elementos significativos, como um companheiro ou uma criança, manifestam um luto intenso e prolongado.

Segundo os autores Moore & Fine (1990 *cit.* por Hagman, 1996) o luto é visto como um processo mental no qual o equilíbrio físico é restabelecido após a perda de um ente querido, sendo uma resposta mental a qualquer perda significativa e a mais comum a dor que, normalmente é acompanhada pela perda de interesse em relação ao mundo exterior, preocupação com as memórias do objeto perdido e diminuição da capacidade de investir em novos relacionamentos.

Shuchter & Zisook (1993 *cit.* por Hagman, 1996) afirmam que o luto é um fenómeno natural que ocorre depois da perda de uma pessoa significativa, sendo um processo individual, que varia de pessoa para pessoa, de momento para momento e que envolve muitas dimensões do ser humano.

## MODELOS E TEORIAS DO PROCESSO DE LUTO

Relativamente às teorias e modelos do processo de luto, alguns autores como Freud, Abraham, Fenichel, Deutsch e Pollock, desenvolveram hipóteses explicativas acerca do processo de luto numa perspetiva psicanalítica.

Segundo Freud, (1917, *cit.* por Hagman, 1996), no seu livro “*Mourning and Melancholia*”, defende que quando se perde um significativo, a energia libidinal da pessoa é dominada por pensamentos e memórias acerca do objeto perdido. O sobrevivente não consegue desenvolver novos relacionamentos até que este laço se quebre, permitindo que a energia libidinal seja transferida para um novo objeto. Esta transferência da libido é motivada por um impulso para reduzir a ativação emocional e fisiológica associada à perda. Para Freud, o sobrevivente torna-se hostil e deprimido quando essa energia não é transferida facilmente. São identificados alguns sintomas semelhantes à melancolia, como dor profunda, falta de interesse pelo mundo, perda da capacidade de amar e inibição geral da atividade. Quando o processo de luto está completo, o ego está livre e pronto para investir noutra relação.

Por sua vez, os autores Abraham (1927, *cit.* por Hagman, 1996) & Fenichel (1945, *cit.* por Hagman, 1996) afirmam que o enlutado manifesta uma introjeção temporária da pessoa amada, o que origina um prolongamento da relação no tempo.

Deutsch (1937, *cit.* por Hagman, 1996) defende que a ausência de luto pode ser indicador de uma psicopatologia. Logo, o processo de luto como reação à perda da pessoa amada deve ser levado até ao fim. Enquanto a libido ou a vinculação inicial persistir, a dor continua a aumentar e vice-versa. A relação de vinculação permanecerá enquanto o processo efetivo de luto não for concluído.

Finalmente, Pollock (1961, *cit.* por Hagman, 1996) defende a tese de que o luto é uma resposta adaptativa à perda de uma pessoa querida e que é um processo que permite garantir a sobrevivência face à separação ou perda.

Não se pode deixar de parte a teoria da vinculação de John Bowlby (1980 *cit.* por Sanders, 1999) que diz respeito aos laços afetivos que são criados pela familiaridade e proximidade com as figuras parentais no início da vida. Estes laços afetivos surgem da necessidade que se tem de se sentir seguro e protegido, acabando por ser um movimento inato que permite manter os progenitores e descendentes unidos, numa relação inicialmente unidirecional, ou seja, o prestador de cuidados encarrega-se da sobrevivência do bebé, que de outra forma não conseguiria viver.

Este sistema de vinculação mantém-se ao longo da vida, contribuindo para a formação de atitudes do sujeito nas relações amorosas.

Bowlby descreveu quatro estádios ou fases que um indivíduo supostamente tem de passar para que a perda da vinculação seja reconhecida e a recuperação se dê por concluída. A primeira fase é o *choque* onde o indivíduo não reconhece a perda. De seguida entra a fase de *protesto* em que o indivíduo procura e anseia pela pessoa perdida. A terceira fase é o *desespero* que ocorre quando o indivíduo se apercebe que a perda é permanente. A quarta e última fase é a *aceitação* que ocorre quando o indivíduo se adapta à perda e começa a retomar o seu funcionamento normal. A adaptação ao luto é o resultado de uma interação entre duas forças de vinculação opostas: a necessidade de manter a proximidade com a pessoa perdida e a necessidade de desvinculação para investir noutras relações.

De acordo com Averill & Nunley (1980/1991/1992, *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993), o luto é uma emoção considerada como uma síndrome complexa do comportamento humano. A forma como o indivíduo constrói os seus significados é um aspeto da síndrome emocional, significados esses que são determinados por crenças e valores culturais. As emoções servem para reforçar os valores e crenças que as constituem. O papel emocional pode ser explicado em termos de privilégios, constrangimentos, obrigações e características pessoais. Por outro lado, o luto é também visto como uma doença, ou seja, como uma condição precária acompanhada de dor e uma morbidez crescente. Como qualquer doença pode ser analisada em termos biológicos, sociais ou psicológicos. Assim sendo, e considerando as mudanças que podem ocorrer na natureza do luto, este poderá vir a ser inserido no sistema de saúde e, conseqüentemente, noutros sistemas sociais.

Do ponto de vista de Parkes (1971, *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993), o luto também pode ser visto como uma transição psicossocial e este processo é essencialmente uma emoção que nos conduz em relação a algo ou alguém que nos faz falta. Cada pessoa vivencia o luto de forma única, considerando duas vertentes: perdas e ganhos. As mudanças bruscas que ocorrem ao longo da vida são aquelas que pressupõem uma reestruturação das conceções que as pessoas possuem acerca do mundo, aquelas que persistem no tempo e aquelas que ocorrem num curto período de tempo, de forma a que não seja possível uma preparação prévia. São as transições psicossociais.

Já numa perspetiva cognitiva-experiencial, Epstein (1991, *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993) aponta a existência de três sistemas conceptuais, cada um possuindo regras próprias, que se influenciam mutuamente. Estes sistemas não são um simples conjunto de cognições ou mesmo uma rede isolada de cognições, funcionam antes, como um todo. Esta perspetiva tem em conta que todas as pessoas possuem uma teoria implícita da realidade, determinando a forma como atribuem significados às experiências, que existe um nível de processamento de informação que opera mediante regras próprias, que existem quatro necessidades e quatro crenças básicas e que as sensações e compulsões estão amplamente definidas.

De acordo com estes modelos de estádios, considera-se que o luto não fica concluído quando certas fases ficam por ultrapassar.

Worden (1983) apresenta algumas tarefas que não precisam de ser realizadas numa ordem particular e podem ser revisitadas e retrabalhadas diversas vezes: *aceitar a realidade da perda, experienciar e processar a dor, a adaptação ao ambiente, no qual a pessoa perdida já não está presente e o reinvestir noutras relações.*

A primeira tarefa (aceitar a realidade da perda) envolve a aceitação intelectual e emocional da perda. Existe uma sensação de irrealidade e descrença que ocorre após a maior parte das perdas (mais intensa quando a perda é repentina) e pode ocorrer um comportamento de procura que exemplifica a necessidade de encontrar a pessoa perdida, assim como de validação para si próprio do facto de a pessoa ter desaparecido. O oposto da aceitação da realidade da perda é o não acreditar,

através de qualquer tipo de negação/recusa, que a perda ocorreu. Algumas pessoas recusam-se a acreditar que a morte é real e ficam-se pela primeira tarefa. Esta negação pode ser praticada em diferentes níveis e ter diferentes formas, mas na maior parte das vezes envolve os factos, o significado ou a irreversibilidade da perda (Dopart, 1973, *cit.* por Worden, 1983). Outra forma de as pessoas se protegerem da realidade é negando o significado da perda. Esta primeira tarefa pode ser facilitada ao encorajarmos a pessoa a falar gradualmente acerca da perda e das circunstâncias da mesma.

A realização da segunda tarefa (experienciar e processar a dor) implica o processamento da dor e, se tal não acontecer, o luto pode vir a manifestar-se sob a forma de um sintoma somático ou reaparecer após uma perda subsequente sob a forma de reação de luto retardado. Nem todas as perdas evocam o mesmo tipo de resposta emocional mas podem manifestar-se sentimentos como tristeza, raiva, culpa, ansiedade e solidão persistente. É importante ajudar o indivíduo que atravessa o processo de luto a viver a dor em quantidades moderadas e de forma controlada para evitar uma sobrecarga emocional.

A terceira tarefa (adaptação ao ambiente) diz respeito à tomada de consciência progressiva das perdas assim como as adaptações às mesmas, exigindo tempo. A adaptação a um novo meio tem diferentes significados para diferentes pessoas, dependendo da relação que existia com a pessoa perdida e os diferentes papéis que esta desempenhava. Muitas vezes, esta tarefa não é fácil de ultrapassar e muitas pessoas trabalham contra elas próprias, promovendo o seu próprio desamparo, não desenvolvendo as competências necessárias para lidar com a situação. No entanto, a maior parte delas, não segue este percurso, pelo contrário, decidem que têm de desempenhar papéis que antes não costumavam ter e desenvolvem novas competências para lidar com a perda. Segundo Bowlby (1980, *cit.* por Worden, 1983), existe uma redefinição de circunstâncias, de modelos de representação e de objetivos.

A última tarefa (reinvestir noutras relações) é o passo para que o enlutado possa investir em novos relacionamentos, permitindo ajudar a pessoa que atravessa o processo de luto a continuar a sua vida após a perda. Para muitas pessoas esta é a tarefa mais difícil de ultrapassar uma vez que, i encaram a perda como algo muito doloroso. A pessoa perdida nunca está fora da vida do indivíduo mas necessita de ser colocado num lugar onde possa ser recordado, ao mesmo tempo que deixa espaço para o sobrevivente prosseguir com a sua vida e estabelecer outras relações.

## LUTO NORMAL E LUTO PATOLÓGICO

O luto considerado dentro dos parâmetros da normalidade está relacionado ao facto de a pessoa enlutada conseguir ultrapassar o processo de luto através da realização de diversas tarefas, distribuídas ao longo de um *continuum*, ou seja, numa primeira fase o sujeito experiencia

sentimentos de choque, descrença e negação, a fase seguinte é marcada por um período de desconforto somático e emocional, assim como pela retirada social, e por fim, numa última fase, existe um período de reconstituição (Schuchter & Zisook, 1993, *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993). Se estas fases não são vivenciadas e ultrapassadas num determinado período de tempo, muitas vezes, poder-se-á estar na presença de um luto não adaptativo.

De acordo com Lindemann (1944, *cit.* por Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993, *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993) a normalidade é definida pela duração do trabalho de luto. Esta depende do trabalho de luto do enlutado, definido como a emancipação dos laços estabelecidos com o morto, o reajustamento com o meio envolvente e, a formação de novas relações.

Segundo Horowitz (1980, *cit.* por Worden, 1983), o luto patológico está mais relacionado com a intensidade e duração das reações do que propriamente com a simples presença ou ausência de um comportamento específico.

O luto patológico pode ser definido como a *“intensificação do luto a um nível em que a pessoa se encontra destroçada, originando um comportamento não adaptativo face à perda, permanecendo interminavelmente numa única fase, impedindo a sua progressão com vista à finalização do processo de luto”* (Horowitz, 1980, *cit.* por Worden, 1983).

Na perspetiva de Freud, (1917, *cit.* por Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993 *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993), a melancolia poderá desenvolver, em certas pessoas, uma disposição mórbida patológica.

Deutsch, (1937, *cit.* por Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993 *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993), defende que um luto não manifestado poderá expressar-se, de uma forma alternativa, como outras perturbações.

Lindemann (1944, *cit.* por Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993 *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993) afirmou que o atraso na expressão do luto pode, por vezes, durar anos ou o luto poderá ser desencadeado por um luto subsequente.

De acordo com Klein (1940, *cit.* por Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993 *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993) as pessoas que sofrem de luto patológico nunca serão capazes de ultrapassar uma depressão infantil que lhes permita estabelecer uma boa relação com o mundo que as envolvem.

Bowlby (1982, *cit.* por Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993 *in* Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993) conclui que o luto patológico poderia ter origem nas experiências subjetivas da criança e nos padrões de vinculação relativos aos seus pais.

## FATORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE LUTO

Existem determinados fatores que podem alterar a forma como as pessoas vivenciam o luto, fatores estes que, de acordo com Worden (1983) se podem dividir em seis categorias: *características do morto; natureza da relação de vinculação; circunstâncias da perda; história pessoal; personalidade e variáveis sociais.*

Na primeira categoria, características do morto, é pertinente recolher informação sobre o morto para depois compreender melhor as reações da pessoa à perda.

Na segunda categoria, natureza da relação de vinculação, é necessário ter em conta o tipo de relação que a pessoa mantinha com a pessoa perdida, assente em sentimentos de segurança, apoio, intensidade ou ambivalência, percebendo que papéis é que a pessoa preenchia na vida do enlutado. Ao aprender a viver sem um significativo, quem sofreu a perda tem frequentemente de se confrontar com esperanças e sonhos futuros destruídos.

Na terceira categoria, circunstâncias da perda, há determinadas circunstâncias que podem influenciar o processo de luto. Consoante a forma como a morte ocorre, a reação da pessoa que sofre a perda será diferente. Isto é particularmente verdade para perdas repentinas, inesperadas, violentas e/ou traumáticas. As perdas traumáticas aumentam frequentemente a sensação de irreabilidade da perda ter ocorrido, podem evocar elevados níveis de raiva, ansiedade e culpa e podem desafiar a sensação de auto-eficácia (Exline, Dorrity & Wortman, 1996).

A quarta categoria, história pessoal, refere-se à experiência da pessoa relativamente a perdas em geral, e a perdas significativas em particular, que pode influenciar a forma como a pessoa lida com o luto.

Na quinta categoria, designada personalidade, as características individuais têm um peso fundamental na forma como a pessoa lida com o processo de luto, nomeadamente com sentimentos como o stress e a ansiedade. A idade, o sexo, a tolerância de emoções, os estilos de vinculação e os temperamentos inseguros e ansiosos, a capacidade de partilhar sentimentos com os outros, o estilo cognitivo, o estilo de coping, o auto-conceito, história de depressão ou outras perturbações, são alguns exemplos de características a ter em conta, que poderão ajudar a compreender a forma como o sujeito lida com o luto (Exline, Dorrity & Wortman, 1996).

Por último, a sexta categoria designada de variáveis sociais, o luto é, em parte, um fenómeno social, estando presentes valores sociais, culturais e religiosos que condicionam a reação à perda (podem facilitar ou dificultar o processo).

Existem algumas condições sociais que podem dar origem a um processo de luto mais complicado, nomeadamente quando a perda é socialmente inesperada, quando a perda é



socialmente negada e quando há ausência de uma rede de suporte social (Lazare 1979 *cit.* por Worden, 1983).

Segundo Bowlby (1998) há cinco condições que influenciam o processo de luto:

*1 – Identidade e papel da pessoa perdida:* Muitas relações podem ser vistas como próximas e/ou de dependência. Quanto mais o enlutado dependeu da pessoa perdida para a obtenção desses mesmos bens, inclusivamente relações sociais amplas, maior é o dano que a perda causa à sua vida, implicando um maior esforço na reorganização da mesma.

*2 – Idade e o sexo da pessoa enlutada:* Assim como existem dificuldades em diferenciar os vários tipos de perda, torna-se difícil, também, diferenciar os tipos de perda por idade e sexo. A maioria dos psicanalistas acredita que a incidência maior seja para as perdas sofridas na adolescência, no entanto, os poucos dados existentes referem-se a perdas sofridas na vida adulta, como a de um esposo/companheiro. Em relação ao fator sexo, parece que são as mulheres que reagem mais à perda através de um luto patológico. No entanto, uma vez que a incidência da perda do cônjuge não é a mesma para os dois sexos não podemos ter a certeza de que as mulheres sejam mais vulneráveis.

*3 – Causas e circunstâncias da perda:* As causas de uma perda e as circunstâncias em que ela ocorre variam bastante. A perda pode ser súbita ou de alguma forma, previsível e, de acordo com Parkes (1970, *cit.* por Bowlby, 1998), parece ser a perda de forma súbita a que causa um choque inicial muito maior. Bowlby (1998) identifica, ainda, outras circunstâncias ligadas à morte que, de certa forma, tornam o luto mais ou menos difícil. São elas, a saber: (1) se o tipo de morte exige um longo período de assistência por parte do enlutado; (2) se o tipo de morte resulta na deformação ou mutilação do corpo; (3) como a informação sobre a morte chega ao enlutado; (4) qual a relação entre as duas partes durante as semanas e dias imediatamente anteriores à morte e (5) a quem, se for o caso, a responsabilidade pela morte pode ser atribuída.

*4 – Circunstâncias sociais e psicológicas que afetam a pessoa enlutada, na época da perda e depois desta:* Sabe-se que existem determinadas circunstâncias sociais e psicológicas que influenciam o processo de luto e que, muitas delas, são mais fáceis de modificar do que outras. Neste sentido, as variáveis que parecem influenciar o curso deste processo são: (1) disposições residenciais (se a pessoa enlutada vive com outros parentes adultos ou sozinha; se ela é responsável por crianças ou adolescentes); (2) condições e oportunidades socio-económicas (se as circunstâncias económicas e as disposições da habitação tornam a vida mais ou menos fácil; se há

ou não oportunidades que facilitem a organização de um novo modo de vida social e económica) e (3) crenças e práticas que facilitam e impedem o luto dito normal (se crenças e práticas culturalmente determinadas facilitam ou impedem o luto normal; se parentes, amigos e outros significativos facilitam ou impedem o luto normal).

*5 – Personalidade do enlutado, com especial referência à sua capacidade de estabelecer relações amorosas e de reagir a situações stressantes:* Esta condição parece ser a que exerce mais influência na forma como cada sujeito vivencia o processo de luto. A personalidade da pessoa enlutada, particularmente a forma como organiza o seu comportamento de vinculação e os modos de reação que adota em situações difíceis, influencia, decisivamente, a intensidade e a duração do processo de luto, assim como a forma que este assume, seja num sentido dito normal ou num patológico.

## **A CRIANÇA E A MORTE**

As crianças até, essencialmente, os seus quatro anos de idade, não conseguem perceber o conceito de morte, no entanto, elas sentem a perda de alguém que lhe é próximo, tal como um adulto, apesar de as crianças terem uma noção de tempo diferente da dos adultos onde o processo de luto poderá ser ultrapassado muito rapidamente. Na idade escolar, as crianças poderão sentir-se responsáveis e culpadas pela morte ocorrida na sua família e deverão ser asseguradas de que a culpa sentida é ilegítima. Há probabilidade de as crianças silenciarem e recusarem falar do sucedido com intuito de protegerem os adultos pois pensam que ao falar do acontecimento estão a agravar ainda mais o sofrimento dos adultos.

É importante referir que tanto as crianças como os adolescentes devem vivenciar o acontecimento, nunca se deve evitar falar do sucedido nem colocá-las de parte, podendo até participar no ritual do funeral. A atitude de excluir as crianças do luto poderá bloquear o processo de luto. Cada adulto e cada criança vivenciará o seu luto de diversas formas.

De acordo com Kubler-Ross (2003) as crianças reagem à morte do pai ou da mãe dependendo da forma como foram criadas antes do momento desta perda. Se os pais não têm medo da morte, se não pouparam os filhos das situações de perdas significativas, como por exemplo, a morte de um animal de estimação ou a morte de uma avó, certamente não ocorrerá problemas com a criança.

Bromberg (1998) chama a atenção para a forma como nos comunicamos com as crianças. Ao comunicar-se com uma criança sobre a morte de alguém, o uso de certas expressões pode confundi-la. Por exemplo, expressões como “*afinal, descansou*” pode levar a criança a pensar que, se a pessoa dormir e descansar poderá voltar.

## O LUTO E O CONTEXTO FAMILIAR

A estrutura normal da família é composta por uma organização hierárquica, clareza acerca de como os vários papéis na família são organizados e desempenhados, uma comunicação flexível e fronteiras claras entre os vários subsistemas (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1987, cit. por Shapiro, 1994). Neste sentido, a ação de um membro, enquanto parte constituinte de todo o sistema familiar, afeta todos os outros o que, por sua vez, afeta o funcionamento de outros e assim por diante, tornando-se um ciclo vicioso (Shapiro, 1994).

De acordo com a perspetiva sistémica, a família é composta não só pelos indivíduos mas também pelas relações entre os mesmos, que definem a sua estrutura ou a sua organização como uma unidade (Shapiro, 1994). As famílias são governadas pelas mesmas regras que governam a organização de outros sistemas biológicos (Bateson, 1972/1979/1992; Hoffman, 1981; Piercy & Sprenkle, 1986, cit. por Shapiro, 1994).

De todas as experiências de vida, a morte impõe os desafios adaptativos mais dolorosos para a família, como sistema, e para cada um dos seus membros, individualmente, com ressonâncias em todos os seus outros relacionamentos. A morte de um membro da família rompe o equilíbrio familiar e urge a necessidade de surgirem novos mecanismos para estabilizar a organização da mesma (Shapiro, 1994). A adaptação exige mudanças nas definições da identidade e dos objetivos da família e uma reorganização imediata e a longo prazo.

A capacidade de aceitar a perda está no centro de todas as capacidades dos sistemas familiares saudáveis, em contraste com as famílias disfuncionais, que demonstram padrões de má adaptação ao lidarem com perdas inevitáveis (Lewis, Beavers & Phillips, 1976, cit. por Walsh & McGoldrick, 1995). A negação da morte, como acontece, por vezes, na nossa sociedade, aumenta a dificuldade de adaptação e o ultrapassar dos novos desafios (Walsh & McGoldrick, 1995).

A família vivencia e reage à perda como um sistema de relações no qual todos os membros participam de interações mutuamente reforçadoras. A perda tem implicações na forma como a família se vai adaptar a experiências posteriores e os padrões postos em ação aquando da morte de um membro familiar têm um impacto imediato e ramificações a longo prazo no desenvolvimento familiar, no curso do ciclo de vida e por muitas gerações (Walsh & McGoldrick, 1995).

A literatura tem demonstrado que o facto de existirem reações agudas ao luto numa família significa que existem disfunções familiares, como um elevado nível de fusão, intimidade ou rigidez (Shapiro, 1994).

A investigação recente aponta para o facto de muitas famílias, após a perda de um ente querido, continuarem a viver, enquanto outras ficam tão perturbadas, que a morte afeta o desenvolvimento de todos os seus membros.

Um luto não resolvido numa família pode, não só indicar o tipo de patologia existente na mesma, mas também contribuir para relações patológicas ao longo das gerações.

Spark e Browdy (1972, cit. por Worden, 1983) notaram que um luto transferido relacionado com a família de origem impede o experimentar da perda emocional e a individuação no seio da mesma.

Apesar de se verificar uma diversidade de reações à perda nos diversos membros da família, parece que existem tarefas adaptativas cruciais que, se não forem realizadas, deixam as famílias vulneráveis à disfunção.

Walsh & McGoldrick (1995) identificam duas tarefas familiares principais que tendem a promover a adaptação imediata, e a longo prazo, dos diversos membros à perda, e a fortalecer a família enquanto unidade funcional: *reconhecimento compartilhado da realidade da morte e a experiência comum de perda* (este reconhecimento é facilitado pela informação clara e pela comunicação aberta sobre os factos e circunstâncias da morte; a incapacidade de aceitar a realidade da morte pode levar um membro da família a evitar o contacto com os outros ou a ter raiva daqueles que estão a progredir no processo de luto) e *a reorganização do sistema familiar e o reinvestimento em outras relações e projetos de vida* (a morte de um membro da família perturba o equilíbrio familiar e os padrões estabelecidos de interação, daí que o processo de recuperação envolva um realinhamento das relações e a redistribuição dos papéis necessários para compensar a perda e prosseguir com a vida familiar; promover a coesão e a flexibilidade no sistema familiar é crucial para o seu restabelecimento).

As famílias que experienciaram muitas mortes prematuras e traumáticas podem desenvolver tanto um sentimento de incapacidade para superar estas experiências como se podem ver a si mesmas apenas como sobreviventes e nunca como derrotados.

Segundo Walsh & McGoldrick (1995), quando as famílias não conseguem dominar os desafios colocados pela morte, os efeitos podem ser prejudiciais, em termos de bem-estar pessoal e da capacidade de experimentar plenamente a vida e o amor.

## **O PAPEL DO PSICÓLOGO NO PROCESSO DE LUTO**

O papel do psicólogo é fundamental na medida em que ajuda a pessoa enlutada a lidar ou encarar a perda de forma adaptativa e ajustada, propiciando uma reorganização das crenças acerca de si mesmo e do mundo. Pretende-se que o indivíduo estabeleça um novo equilíbrio que lhe permita, não propriamente ultrapassar a perda, mas aprender a viver com ela (Weiss, 1988, cit. por Shapiro, 1994).

Relativamente à intervenção, Worden (1983) faz a distinção entre o aconselhamento e a terapia. O aconselhamento diz estar mais relacionado com funções de suporte e prevenção,

enquanto a terapia diz relacionar-se com o luto disfuncional ou patológico. Assim, o objetivo do aconselhamento é ajudar as pessoas a lidar com o luto normal de uma forma adaptativa, completando as tarefas de luto, num espaço de tempo razoável. Por outro lado, o objetivo da terapia é identificar e resolver os conflitos de separação que precedem o completar das tarefas de luto, manifestados nos sujeitos que vivenciam um luto ausente, retardado, excessivo e prolongado.

O mesmo autor salienta dez objetivos que o terapeuta deverá ter em consideração aquando do delinear de uma intervenção, na modalidade do aconselhamento psicológico. O primeiro será ajudar o enlutado a atualizar a perda, fazendo-o entender que a morte efetivamente ocorreu e que tem que aprender a lidar com os seus sentimentos, ainda que estes o façam sofrer. A estratégia utilizada poderá ser o colocar de algumas questões relacionadas com as circunstâncias da perda, como: *“Onde ocorreu a morte?”*; *“Como aconteceu?”*; *“Quem comunicou o acontecimento ao enlutado?”*; *“Como foi o funeral?”*, entre outras que o terapeuta considere relevantes. Por se tornarem desagradáveis alguns sentimentos podem não ser reconhecidos pelo sobrevivente, como é o caso da raiva, culpa, ansiedade e desamparo. O segundo objetivo consiste, então, em ajudar o sobrevivente a identificar e expressar sentimentos relativos à perda. O terceiro objetivo consiste em tentar promover a capacidade do enlutado para se acomodar à perda e continuar a viver a sua vida, de uma forma adaptativa. No quarto objetivo pretende-se facilitar o afastamento emocional, encorajando o sobrevivente a estabelecer novas relações. O objetivo seguinte será dar espaço ao sobrevivente para fazer o luto, uma vez que este processo exige o ultrapassar de várias tarefas de uma forma gradual. O sexto objetivo consiste na compreensão e interpretação dos comportamentos, que poderão indicar ou não se se trata de um luto normal. Uma vez que existe uma grande variedade de respostas à perda, não sendo o processo de luto ultrapassado da mesma forma por todas as pessoas, outro objetivo do terapeuta é ter em conta as diferenças individuais de cada sujeito. O oitavo objetivo consiste em proporcionar um apoio contínuo, nomeadamente, em períodos mais críticos, pelo menos durante o primeiro ano após a perda. O penúltimo objetivo identificado por Worden consiste em examinar as defesas do enlutado e os estilos de coping que o sujeito possui para lidar com a situação problemática. Por fim, se ainda se verificarem no enlutado comportamentos e sentimentos disfuncionais, o terapeuta deverá ter consciência das suas limitações e encaminhar o sujeito para outro tipo de intervenção.

De uma forma geral, a intervenção no luto assenta em determinadas linhas orientadoras. A primeira, e provavelmente a mais relevante para o desenrolar do processo, é o estabelecimento de uma relação segura com o enlutado, favorecendo a abertura da experiência de luto e, mais especificamente, a partilha de sentimentos. Seguidamente, pretende-se explorar as circunstâncias da perda e o impacto que esta teve no sujeito, bem como o tipo de relação estabelecida com o morto. Transversalmente dever-se-á explorar a história de vida do sujeito, que poderá ser crucial para a compreensão da forma como este vivencia a experiência de luto (Raphael, Middleton, Martinek & Misso, 1993, in Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993). Das estratégias e técnicas de intervenção, consideramos importante destacar o psicodrama e a cadeira vazia, uma vez que,

segundo alguns autores (como Worden, 1983), se têm revelado bastante úteis na exploração e compreensão das circunstâncias que envolvem a perda.

Segundo McGoldrick (1991, in Walsh & McGoldrick, 1991), o objetivo primário da intervenção em torno da morte é fortalecer as famílias para que façam o luto e sigam em frente. Este trabalho passa pelo reconhecimento comum da realidade da morte (para normalizar a perda e diminuir a sensação de mistificação, os membros da família são estimulados a aprender a respeito da morte e a encarar a sua reação; se os factos a respeito da morte não forem adquiridos, um terapeuta pode facilitar a sua aprendizagem e a aceitação da realidade), pela experiência compartilhada da perda e a sua colocação em contexto (que envolve os rituais funerários e outras experiências através das quais as famílias podem partilhar o legado emocional da perda; parte desta partilha são as histórias contadas conjuntamente sobre a vida e a morte da pessoa; isto ajuda as famílias a integrar a experiência da perda, promovendo o seu sentido de continuidade e conexão familiar, cultural e humana), pela reorganização do sistema familiar (quando o sistema não foi capaz de contemplar as tarefas adaptativas de reorganização sem a pessoa perdida, a terapia pode ajudar os membros da família a realizarem esta tarefa complexa e, muitas vezes, dolorosa; isto pode acarretar uma mudança nos papéis e funções desempenhadas pelos diferentes membros) e pelo reinvestimento noutros relacionamentos e projetos de vida (a experiência da morte pode liberar energias criativas e os terapeutas devem estimular esse desenvolvimento; os terapeutas podem ajudar os membros da família a redefinir os seus compromissos e prioridades de vida e redirecionarem os seus relacionamentos e atividades).

## CONCLUSÃO

O processo de luto é vivenciado de forma particular de indivíduo para indivíduo e pode ser mais ou menos disfuncional, variando consoante a intensidade, os sentimentos, a vinculação, o contexto em que aconteceu...

A sua duração tanto pode ser prolongada como breve, tanto pode ocorrer num período de tempo definido ou indefinido e a sua intensidade varia ao longo do tempo, de pessoa para pessoa e de cultura para cultura. A reação à perda depende muito dos limites impostos pela cultura e sociedade em que o sujeito se insere.

O luto leva tempo e, de uma forma geral, é vivenciado consoante os significados que lhe são atribuídos. A fase do choque pode durar horas ou dias, constituindo-se de desespero, raiva, irritabilidade, amargura e isolamento. Estes sentimentos podem manifestar-se através de atitudes emocionais intensas, mas a aceitação destes mesmos sentimentos faz com que a perda se reafirme, permitindo que seja vivenciada e ultrapassada de forma mais ajustada e saudável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahms, J.L. (1981). Depression versus Normal Grief following the Death of a Significant Other., in G. Emery, S.D. Hollon & R.C. Bedrosian (Eds.) *New Directions In Cognitive Therapy: A Casebook*. New York: Guilford Press.

Beck, A.T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.

Bliss, S., Baumam, E., Piper, L., Brint, A. & Wright, P. (1985). *The new holistic health handbook*. Lexington: The Stephen Green Press.

Bowlby, J. (1998). *Perda: tristeza e depressão*. Vol. 3 Trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. Vol. 3 Loss. London: Hogarth Press.

Bromberg, M.H.P.F. (1998). *Ensaios sobre formação e rompimento de vínculos afetivos*. Taubaté: Cabral. Editora Universitária.

Cassidy, J. & Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. USA: The Guilford Press.

Dubos, R. (1980). *Man adapting*. New Haven: Yale University Press.

Engel G.L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196; pp: 129-136.

Exline, J.J., Dorrity & Wortman, C.B. (1996). Coping with bereavement: A research review for clinicians. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 2 (4); pp: 3-19.

Hagman, G. (1996). Mourning: a review and a reconsideration. *Journal of Psycho-Anal*, 76; pp: 909-925.

Kovács, J. M. (2005). Educação para a Morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25 (3); pp: 484-497.

Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

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

Shapiro, E. (1994). Grief as a family process: a developmental approach to clinical practice. New York and London: The Guilford Press.

Sobel, S.D. (1979). Introduction In S.D. Sobel (Ed.). *Ways of Health: holistic approaches to ancient and contemporary medicine*, pp:77-89. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Stanway, A. (1982). *Alternative medicine: a guide to natural therapies*. New York: Penguin.

Stroebe, M., Stroebe, W. & Hansson, R. (1993). *Handbook of Bereavement: theory, research and intervention*. Cambridge: University Press.

Tremblay, G. & Israel A. (1998). Children`s adjustment to parental death. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, (4); pp: 424-438.

Walsh, F. & McGoldrick, M. (1991). *Morte na Família: sobrevivendo às perdas*. São Paulo: Editora Artes Médicas Sul, Lda.

Worden, J. (1983). *Grief Counselling & Grief Therapy*. London and New York: Tavistock Publications.