

ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE O PROCESSO DE LUTO E A VIVÊNCIA DO LUTO ANTECIPATÓRIO

2017

Renato Caio Silva Santos

Professor de Psicologia – Universidade Metodista de São Paulo, Brasil
Mestre em Ciências e Saúde Pública – FSP USP, Brasil
Especialista em Neuropsicologia – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil
Especialista em Sexualidade Humana - Faculdade de Medicina da USP, Brasil
Aprimoramento em Psicologia Hospitalar – Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Brasil

Yuri Molina Yamamoto

Graduando em Psicologia - Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Lucas Matheus Grizotto Custódio

Psicólogo – FMU São Paulo, Brasil

E-mail de contato:

psico_resantos@yahoo.com.br

RESUMO

Este artigo busca elencar um conjunto de aspectos teóricos relacionados ao processo de luto e da vivência do luto antecipatório. Tem como objetivo pontuar algumas questões importantes relativas tanto ao processo de luto como suas fases e características. Para isso serão considerados um conjunto de autores que, além de definirem o conceito de luto no campo da psicologia, permitem elucidar o processo em que o luto é vivenciado bem como suas fases, chegando até a fase de resolução. Diante da possibilidade inerente a todo o ser humano, da morte e do morrer, esses conhecimentos são de extrema importância tanto para os profissionais de saúde mental quanto para todas as pessoas que vivenciam ou convivem com pessoas em situação de luto.

Palavras-chave: luto, luto antecipatório, psicologia, adoecimento, morte.

Copyright © 2017.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO

Em “Luto e Melancolia”, Freud (1917/2006) descreve o luto como um trabalho psíquico para a elaboração de uma perda que pode ser de caráter real ou imaginário. Neste processo, há a inibição do ego em função da grande energia gasta na elaboração da perda do objeto amado. Após este trabalho o ego fica livre e a libido é deslocada para outro objeto.

Este processo que será vivido pela maioria das pessoas em algum momento da vida pode trazer maturidade quando bem sucedido. Mesmo o luto considerado normal é doloroso e exige grande esforço de adaptação às novas condições de vida.

Segundo Parkes (1998) perdas por morte devem demandar uma abordagem terapêutica devido ao impacto negativo que eventualmente acarretam em vários domínios da vida do enlutado. Por esse motivo, muitas correntes da psicologia, tais como a terapia cognitivo comportamental, psicoterapia psicanalítica, humanista, entre outras, buscam trabalhar com a questão do luto em âmbito clínico.

A terapia do luto tem como principal tarefa ajudar o paciente a processar a dor da perda, ajudá-lo a perceber a morte como um fato natural da vida, inerente ao ser humano e resignificar o mundo com a ausência desse ente perdido. O intuito é, portanto, trazer a consciência o sofrimento pela perda, a fim de que não haja a repressão desses sentimentos que pode acarretar em um luto crônico e, muitas vezes, sem resolução.

Para que a resolução das dificuldades que aparecem durante esse processo de luto seja trabalhada, é necessário um ambiente terapêutico acolhedor, empático e de escuta, para que se possa explorar os sentimentos mais complexos, buscando compreender quais são as dificuldades encontradas pelo enlutado, buscando ao final que o paciente recobre o controle sobre sua vida.

Além disso, o psicólogo também atua em processos paliativos necessários para os cuidados de famílias e pessoas que vivenciam a experiência do luto antecipatório. Segundo Domingues et al (2013) esses cuidados paliativos visam oferecer tratamento adequado a pacientes para quem a medicina já não oferece cuidados curativos. Além disso, esses cuidados paliativos objetivam a melhoria da qualidade de vida para a família através da prevenção e alívio do sofrimento.



LUTO

Parkes (1998) e Bromberg (2000) explicam que o luto é uma reação normal em resposta a um stress devido ao rompimento de uma relação significativa. Segundo Parkes (1998), o luto é a expressão do descontentamento para a privação e perda de alguma pessoa, ou objeto, considerado essencial e que fora anteriormente oferecido. Nesta representação, estão envolvidas duas personagens: uma que é perdida e a outra que lamenta esta falta. De acordo com Bromberg (1996), “só existe luto quando tiver existido um vínculo que tenha sido rompido (p.101)”. Embora o luto seja uma reação normal a uma perda, o uso deste termo se vê, geralmente, reservado para a perda de uma pessoa, em especial, uma pessoa amada. Franco (2008), expressa que:

...(o luto) trata-se de um processo por ser uma experiência que não se coloca estatisticamente em dado momento da vida, que requer que eventos aconteçam, que percepções se dêem e atuem sobre esses eventos, que novas situações se apresentem e possam ser significadas. É um processo particular, não há dois processos idênticos. (Franco, 2008. p.398).

Para Freud (1915/2006) o termo *luto* pode ser entendido 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 (p.249).” Para o autor (1917/2006) “o luto tem uma missão psíquica muito específica a efetuar: sua função é desligar dos mortos as lembranças e as esperanças dos sobreviventes (p.78).” Assim, o enlutamento é descrito como um trabalho de elaboração de uma perda, onde há o deslocamento da libido de um objeto para outro. Durante este processo, ocorre uma inibição do ego em função da demanda de energia psíquica envolvida e da percepção do mundo como pobre e vazio sem a pessoa amada. Somente após o fim deste trabalho o ego fica livre e a libido é deslocada para outro objeto.

O teste da realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível - é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já se lhes acena. ...Normalmente, prevalece o respeito pela realidade, ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato. (Freud, 1915/2006. p.250)

A partir disto, tem-se que, a experiência do adoecimento gera luto, pois, este “é uma crise porque ocorre um desequilíbrio entre a quantidade de ajustamento necessária de uma única vez e os recursos imediatamente disponíveis para lidar com a situação (FRANCO, 2008. p.399).” Em concordância, Parkes (2009) explica que, todos os acontecimentos que provocam mudanças na vida e desafiam o mundo interior, provocam uma crise no sujeito. O autor utiliza o termo *mundo presumido* para os aspectos do mundo interno, que são tidos como verdadeiros. Estes aspectos formam a parte mais valiosa do equipamento mental, já que contem suposições que permitem reconhecer objetos e planejar ações, de acordo com a necessidade. Tudo que se considera importante, faz parte do mundo presumido. O trabalho de luto se mostra para o autor como uma reorganização deste mundo interno, e devido a ser uma tarefa cognitiva, leva tempo se for imposta de repente.

Carter & McGoldric (1995, apud Fonseca, 2001) explicam que durante todo o ciclo vital ocorrem fatos que precisam ser elaborados como lutos, para que através destes, o indivíduo desenvolva-se e dê continuidade à vida. Para tal argumentação as autoras se utilizam de passagens do ciclo de vida familiar que requerem de certo trabalho psíquico para que as pessoas possam se reestabilizar e prosseguir desenvolvimentalmente, como por exemplo:

- Saída de casa (jovens solteiros);
- Nascimento do primeiro filho;
- A entrada dos filhos na escola;
- Saída dos filhos de casa (fenômeno do “ninho vazio”);
- Divórcio;

Cintra e Figueiredo (2006) explicam que na psicanálise kleiniana, a morte, o luto, e o renascimento, são partes fundamentais do processo de constituição do sujeito. Desde cedo o indivíduo é obrigado a passar por vários processos de luto, que irão fundamentar o funcionamento do seu aparelho psíquico. O primeiro e mais importante destes momentos é o desmame do bebê. De acordo com Klein (1996), durante o desmame, o bebê precisa elaborar o luto em relação ao seio da mãe, e sobre tudo aquilo que ele representa como conforto, alimento e segurança. Como consequência, haverá o renascimento, ou seja, o bebê passará a dirigir seu interesse para o descobrimento do mundo, e com a gradual separação da mãe, este poderá torna-se um sujeito independente. Nesta visão, os distúrbios referentes ao luto são decorrentes da dificuldade de aceitação de que o objeto de amor não está sob total controle. A autora (idem) ainda relata que,

durante outros processos de luto no decorrer da vida, a pessoa reproduzirá uma reedição dos lutos anteriores, principalmente, daqueles relativos às primeiras separações dos pais.

Parkes (1998) expressa que a dificuldade de se trabalhar com o luto deriva do fato, deste ser um processo e não um estado. Não é um conjunto de sintomas que se apresenta após uma perda e depois desaparece. O processo de luto envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem. Bowlby (2002/2006) explica que, de acordo com sua experiência clínica, e do estudo de comportamento de espécies de primatas, foi capaz de observar e constatar o desenvolvimento de respostas para este processo. São elas:

- Fase de entorpecimento: Pode durar de algumas horas a uma semana e pode ser interrompida por explosões de aflição e/ou raiva extremamente intensas. Nesta fase, a pessoa se sente chocada e incapaz de aceitar a notícia da perda. Alguns pacientes tendem a apresentar crises de pânico.
- Fase de anseio e busca da figura perdida: Dura de alguns meses a anos. Neste momento, se começa a registrar a realidade da perda, levando a crises de desânimo e aflição. Quase sempre, há uma grande inquietação, insônia e preocupação com a pessoa perdida, combinada com um sentimento de sua presença concreta e, uma tendência a interpretar sons e sinais como indícios que a esta voltou.
- Fase de desorganização e desespero: Neste momento, o enlutado reconhece a imutabilidade da perda, e que não poderá recuperar a pessoa perdida, vivenciando uma desmotivação pela vida. Como é necessário que a pessoa deixe para trás certos padrões de relacionamento, é quase inevitável, que esta se sinta desesperada pelo fato de que nada pode ser salvo, tornando-se deprimida e apática. Porém, se tudo ocorrer bem, nesta fase o indivíduo poderá avaliar a situação em que se encontra, e examinar as maneiras de enfrentá-la.
- Fase de reorganização (em maior ou menor grau): Finalmente, há uma reorganização da depressão e da desesperança. E com uma maior tolerância às mudanças sofridas, a pessoa torna possível o investimento afetivo em novos objetos.

Rando (2000) indica pontos que precisam ser completados para acomodar a perda de modo saudável:

- Reconhecer a perda: admitir e entender

- Reagir à separação: experimentar a dor, o sofrimento, sentir, identificar, aceitar e dar alguma forma de expressão
- Recordar e reexperienciar a pessoa perdida e o relacionamento: rever e lembrar realisticamente e reviver sentimentos;
- Abandonar os velhos apegos em relação ao objeto perdido
- Reajustar para se mover readaptativamente em direção ao mundo novo sem esquecer o velho: desenvolver um novo relacionamento com o falecido, formar uma nova identidade
- Reinvestir

Stroebe & Stroebe (1987, apud Fonseca, 2004) identificaram, através de pesquisas, as sintomatologias mais encontradas no luto:

- Nível afetivo: depressão, ansiedade, culpa, raiva e hostilidade, falta de prazer e solidão;
- Manifestações comportamentais: agitação, fadiga e choro;
- Atitudes em relação a si, ao falecido e ao ambiente: auto reprovação, baixa auto-estima, desamparo, suspeita, problemas, atitudes ambivalentes em relação ao falecido;
- Deterioração cognitiva: lentidão de pensamento e da concentração;
- Mudanças fisiológicas e queixas somáticas: perda do apetite, distúrbio do sono, perda de energia, queixas somáticas do falecido, mudanças de ingestão, suscetibilidade a doenças

Para Bromberg (2000), Bowlby (2002) e Franco (2008) devem ser identificados fatores de risco que podem ser preditores de uma resolução favorável ou não do luto e aponta aspectos de relevância que devem ser observados neste processo. São eles:

- Idade e sexo do enlutado;
- A vivência anterior de perdas;
- A relação com o morto (pai, conjugue irmão, filho, etc.)
- Tipo de morte;
- Recursos psíquicos para sua elaboração;

- Rede de suporte social disponível;
- Possibilidade de esta rede ser absorvida pelo indivíduo como aceitável e útil

Bromberg (1996/2000) aponta que, nos casos onde houverem fatores de risco, não passar pelos processos da perda no tempo certo ou ainda não se permitir passar por eles, pode causar danos futuros com prejuízos bem maiores que o luto no momento exato em que precisa ser vivido. Nesses casos, ocorrerá o luto complicado ou patológico, que para a autora podem ser classificados em:

- Luto Crônico: trata-se do prolongamento indefinido do luto, quando predomina ansiedade, tensão e inquietação;
- Luto Adiado: ocorre devido a não apresentação das fases do luto normal no tempo certo, gerando sintomas distorcidos como superatividade, isolamento ou mesmo sintomas da doença do morto;
- Luto inibido: trata-se da ausência de sintomas do luto normal. É muito semelhante ao luto adiado, variando apenas nos graus de diferentes de sucesso na defesa psíquica.

De acordo com os autores, as mortes inesperadas são mais complicadas de serem superadas, pela sua característica de ruptura brusca, sem haver nenhum preparo. Nestes casos, a falta de informações sobre como ocorreu a morte, pode dificultar o processo de luto consciente. Kovács (1992) aponta que a mutilação do corpo é outro fator que pode tornar o luto complicado, já que causa, com grande frequência, revolta e desespero. De acordo com a autora, sabe-se que o estado em que fica o corpo do morto pode ter influências nas memórias e lembranças que se tem dele. Segundo Mazorra (2001), a elaboração normal do luto promove um aprofundamento da relação do sujeito com seus objetos internos e externos e a reconstrução do mundo interno, que se vê enriquecido por essa nova experiência e por uma confiança acrescentada de poder ao superar a situação de perda. Parkes (1998) aponta que, neste movimento, o sujeito recompõe seus laços com o mundo externo, temporariamente desfeitos em função da perda, e é capaz de entender que a morte pode ocorrer em qualquer lugar, e que a doença não respeita pessoas, lugares ou tempos, fortalecendo a fé que se tem no mundo como um lugar seguro e em ordem.

LUTO ANTECIPATÓRIO

Receber o diagnóstico de uma doença crônica ou terminal é uma experiência devastadora. É inegável a existência de um processo cognitivo, comportamental e emocional, que recai sobre o indivíduo e sua família a partir deste momento. Porém, o luto vivenciado neste caso se diferencia daquele vivenciado em uma perda repentina, devido a dois fatores; o primeiro deles é o fato deste ser dar de forma lenta e gradual, dependendo unicamente do tempo, e o segundo, é que a pessoa a quem recai a causa do luto ainda encontra-se viva. Em muitos casos, a doença pode se arrastar por tanto tempo que às vezes a pessoa está funcionalmente morta antes de sua morte física.

Utilizado pela primeira vez por Lindemann em 1944, no artigo *The Symptomatology and Management of Acute Grief*, o termo *luto antecipatório* foi definido como uma reação de pesar genuína em pessoas que não estão enlutadas pela morte em si, mas pela experiência de uma separação onde há a ameaça de morte. Neste primeiro momento, este tipo de luto era contextualizado como característico das esposas dos soldados que iam para a guerra. De acordo com autor, o luto antecipatório era um fenômeno adaptativo para a experiência de separação física, e da perspectiva deles morrerem na batalha. Assim elas vivenciavam fases como depressão, raiva, desorganização, e reorganização, antecipando o desligamento afetivo deles, de certa forma que, protegiam-se contra a possibilidade de se defrontarem com a morte repentina de seus maridos (Fonseca, 2001; Fonseca, 2004; Aguiar, 2005).

A partir disto, este fenômeno passou a ser estudado por pessoas com doenças crônicas, e por aquelas com doenças terminais, de forma a se defrontarem com a morte. Assim, a partir da definição dada por Fulton e Gotterman (1980, apud Fonseca, 2001) luto antecipatório trata-se de:

...um conjunto de mecanismos de enfrentamento utilizados pelos familiares e pelo paciente frente à possibilidade de uma perda antecipada, tais como reações de choque, negação, sentimentos de desvalor, preocupação com o passado, ansiedade pela separação, sintomas somáticos, culpa, esperança e aceitação. Para eles, o luto antecipatório está sujeito a fatores psicológicos, interpessoais e socioculturais (p.49).

Rando (2000) explica que, o embora o luto antecipatório de refira a uma perda futura, envolve também o passado e o presente, já que, nesta experiência envolvem-se as situações de perda que ocorreram no passado e as perdas que estão acontecendo no presente. Para a autora, a vivência do luto antecipatório será determinada por uma combinação de fatores psicológicos, sociais e fisiológicos. Aguiar (2005) descreve esses fatores da seguinte forma:

❖ Fatores Fisiológicos

- a saúde física do enlutado;
- a quantidade de energia dependida pelo enlutado;
- o descanso, o sono, a disponibilidade para atividades
- o uso de drogas e remédios pelo enlutado
- a sua alimentação;

❖ Fatores Psicológicos

A. Características pertinentes ao caráter e significados da pessoa e do relacionamento que está sendo perdido:

- o caráter único da natureza e do significado desta perda específica experimentada;
- a qualidade do relacionamento que está sendo perdido;
- os papéis que o doente desempenha na família, junto com amigos e no sistema social;
- quantidade de assuntos inacabados entre os enlutados e a pessoa doente;
- características psicológicas da pessoa doente;
- percepção do enlutado sobre as realizações, em vida, da pessoa doente;

B. Características do enlutado:

- nível de maturidade e cognição;
- a experiência passada com perdas, adoecimento, deficiências e morte;
- os condicionamentos do gênero;
- o contexto social, étnico e religioso filosófico;
- idade;
- presença de stress e/ ou crise na vida;
- estilo de vida;
- os elementos de realidade e comportamentos que cada um deles pode suscitar;
- as necessidade, emoções, conhecimentos e conotações sobre os elementos acima.

C. Características da doença e o tipo de morte que assustam o enlutado:

- medos, experiências prévias e expectativas sobre perda, doenças, deficiências e morte;
- o conhecimento acerca da doença;
- o significado para ele desta doença específica;
- o tipo, a frequência e a intensidade do envolvimento com o tratamento e o cuidar da pessoa doente;
- a percepção do tempo de vida do doente e da sua morte;
- a percepção sobre a doença, sua natureza e conseqüências;
- a qualidade de vida do doente antes e depois do diagnóstico;
- avaliação que ele faz das experiências do doente com os cuidados, tratamento e o acesso aos recursos à disposição.

❖ Fatores Sociais

A. Características do conhecimento da pessoa doente acerca da sua doença e da morte:

- as experiências subjetivas sobre a doença e o significado pessoal dado a ela;
- as repostas e atitudes da doença;
- parte do corpo afetada;
- a satisfação com o tratamento;
- os sentimentos cerca do entendimento, e o grau de conforto experimentado ao expressar pensamentos, sentimentos, necessidades, impulsos, desejos e a forma e intensidade desta comunicação;
- o grau de aceitação e/ou resignação com relação à morte;
- a vontade de viver.

B. Reações da família ao adoecimento e à morte iminente:

- a constelação familiar, seu funcionamento, estágio do ciclo vital e papéis de cada um;
- o conjunto de crenças, valores e comunicação da família, e suas regras, normas, comportamentos e recursos pessoais e econômicos;
- o conhecimento da família e sobre suas implicações;

- a história familiar de perdas, adoecimentos e limitações;
- os papéis que o doente desempenha na estrutura familiar;
- o relacionamento de cada membro da família com o doente antes do diagnóstico;
- o grau da tensão e das reações dos membros da família diante da doença.

C. Fatores socioeconômicos e ambientais:

- o status educacional, econômico e ocupacional do enlutado;
- o graus de acesso a tratamentos médicos de qualidade;
- a qualidade dos cuidados dispensados;
- tipo de relacionamento e de comunicação entre cuidadores;
- qualidade e quantidade do sistema de suporte social do enlutado;
- o contexto social, étnico, religioso e filosófico do enlutado;
- ritos familiares e comunitários na doença, na debilidade, no morrer e na morte;

Estes fatores, que estão altamente interconectados, ajudam com que o indivíduo que esteja morrendo e seus familiares façam um reajustamento da visão de si e dos outros, que irá interferir no processo de morte e no luto seguinte a este. A parte mais crítica deste processo consiste na redefinição de si mesmo, feito pelo paciente na fase final da vida. Neste momento, a redefinição significa apagar a visão que se tinha da pessoa que costumava ser, e desenvolver novas concepções de si próprio, que incluem as limitações impostas pela doença e as mudanças físicas, emocionais e cognitivas.

Segundo Connor (2000) quando se torna visível que a cura não é mais possível, a pessoa doente passa a se focar no enfiamento da situação que se aproxima. De forma que, se ela não pode alterar a situação, pode ao menos alterar sua reação a ela e assim aceitá-la.

Baseando-se em seus estudos sobre a morte e processo de morrer, Kubler-Ross (2009) elaborou um quadro no qual se colocam as fases deste percurso. De acordo com a autora, as fases podem se alterar constantemente, não seguindo uma ordem certa, e sofrem as influências de aspectos culturais do indivíduo, apresentando-se da seguinte forma:

- Negação e Isolamento: a negação é uma defesa que ocorre quando a pessoa recebe um diagnóstico de terminalidade. Neste momento, o paciente não acredita na informação que está recebendo. É característico desta fase, pessoas que podem conversar rapidamente

sobre a realidade de seu estado e, de repente, demonstram incapacidade de continuar encarando o fato realisticamente. O isolamento pode ocorrer como consequência, e é marcado pelos momentos em que a pessoa fica calada, quieta e reflexiva.

- Raiva: esta emoção toma espaço quando a negação. De alguma forma, não é mais possível. Trata-se do momento em que o paciente pergunta “por que eu?”, desencadeando raiva, revolta e inveja de outras pessoas. Esta raiva pode ser projetada no ambiente externo do paciente, incluindo, familiares, equipe médica e até mesmo Deus.
- Barganha: é o momento onde o paciente tenta realizar algum acordo secreto, principalmente com Deus, de forma a tentar postergar o desfecho inevitável. Em muitos casos, também podem ocorrer pedidos de um tempo extra para ver um filho crescer, se formar ou se casar. Essas metas demonstram uma energia concentrada a favor da vida.
- Depressão: trata-se da fase onde, já não podendo negar mais os acontecimentos e nem se revoltar contra eles, o paciente começa a sentir a perda que se aproxima. Tristeza e vários níveis de depressão são característicos deste momento.
- Aceitação: já tendo superado as fases anteriores, a aceitação seria a fase final. Através da aceitação, há quase que uma fuga de sentimentos, de forma que a luta se mostra acabada e este fosse momento de repouso. Muitos pacientes nesta fase se recusam a ver e falar com amigos e familiares, pois usa presença traz a dor da separação.

Aguiar (2005) ressalta que o luto antecipatório não pode verdadeiramente começar até que a negação seja abandonada. Bromberg (1996/1998) assinala que a ansiedade é um aspecto importante de ser considerado em todo esse processo, pois quem está morrendo vive a perda absoluta, ou seja, a perda da própria vida. E esta constatação traz à tona uma série de sentimentos ambivalentes.

De acordo com Kovács (1992) “A morte do outro se configura como a vivência da morte em vida (p.149).” Para a autora, é como se a parte ligada ao outro, pelo vínculo estabelecido anteriormente, morresse também. À medida que a família participa de todo o adoecimento junto com o paciente o luto antecipatório provê tempo para que os membros desta possam absorver a realidade de uma perda iminente. Desta forma, é possível para cada indivíduo finalizar situações incompletas com a pessoa que está por morrer, seja no nível subjetivo - dizendo adeus, perdendo, pedindo perdão ou falando sobre seus sentimentos - ou no nível concreto – através de situações cotidianas, administrativas ou econômicas. Desta forma, o luto antecipatório aumenta e cria facilitadores para o enfrentamento da perda.

Worden (1996) indica que certas atitudes básicas do processo de luto normal se encontram presentes também no luto antecipatório, de modo a estabelecer equilíbrio e evitar o luto patológico nos familiares enlutados:

- Aceitar a realidade da perda: quando há consciência e aceitação do fato de que a pessoa irá morrer, a elaboração desta tarefa inicia-se mais cedo. Na medida em que vê a pessoa decair, a realidade e a inevitabilidade da morte ficam mais próximas. A aceitação, neste caso, envolve os níveis intelectuais e emocionais;
- Elaborar a dor da perda: um dos sentimentos frequentemente observados neste período é o aumento da ansiedade. Para muitas pessoas a ansiedade é aumentada e acelerada quanto maior for o período de luto antecipatório;
- Ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu: em casos de luto antecipatório é comum que as pessoas enlutadas façam questionamentos a si mesmas sobre o desempenho de papéis que passará a ter após a morte do outro. Estes questionamentos são favoráveis para que as pessoas possam planejar as reorganizações que deverão efetuar após a morte do paciente;
- Reposicionar-se em termos emocionais à pessoa que faleceu e continuar a vida: a pessoa precisa encontrar em sua vida emocional, um local para abrigar memórias do falecido, de modo que possa continuar a viver bem o mundo.

Pereira e Dias (2007) relatam que, durante semanas e dias anteriores à morte, as relações entre o familiar e o paciente terminal podem ir de íntima e afetuosa a distante e hostil. A situação de dor ou de degenerações físicas e psíquicas são muito sofridas, o que gera no familiar que cuida desse paciente, sentimentos ambivalentes. Esses sentimentos podem aparecer através do desejo de morte do ente querido, o que ocasionará alívio para o sofrimento de ambos. Nesse caso, pode surgir o sentimento de culpa no familiar, principalmente quando a pessoa amada morre.

De acordo com Fonseca (2001), muitos pacientes, assim como suas famílias, raramente vivenciam o luto antecipatório devido a estarem paralisados com os acontecimentos e continuarem a negar a doença, chegando até mesmo a acreditarem em uma recuperação completa. Para o autor, essa situação pode desencadear complicações no luto pós morte dos familiares, como mais sofrimento e quadros depressivos.

RESOLUÇÃO DO LUTO

O luto, por si só, não deve ser encarado como uma perturbação psicopatológica. Sendo assim, o processo de luto, na maioria dos casos, chega a sua resolução com a aceitação da realidade, ou seja, mesmo passando por toda a dor e sofrimento, o luto não gera nenhuma patologia em pessoas que reagem de forma adaptativa à perda.

Segundo Kubler-Ross (op.cit.) o luto passa por cinco estágios até chegar na aceitação. A aceitação é onde o enlutado consegue enxergar a realidade como ela é e, visualizar a sua vida sem a presença do ente querido. Segundo a autora, a elaboração do luto só é possível quando todos os estágios são vivenciados e não há nenhuma fixação ou paralisação em um dos estágios.

Porém, há também quem não passe pelo processo de luto de forma normativa, adaptativa. Marques (2015, apud Worden. 2009) cita que alguns fatores impeditivos para a resolução do luto e que pode ajudar no desenvolvimento de um luto complicado, como os fatores circunstanciais, fatores históricos, fatores de personalidade e fatores sociais. O luto complicado seria, portanto, uma complicação do luto normal, que levaria o enlutado à não resolução do processo.

O luto consiste em um processo que envolve uma resposta à perda de um ente ou objeto querido e que envolve uma adaptação pela qual o enlutado deve passar, para que, no final, alcance uma reestruturação racional e emocional. Dessa forma, para a resolução do luto, é necessário que haja no indivíduo mecanismos adaptativos com o objetivo de reajustar sua vida depois da perda.

Torna-se importante salientar de que não há um “fim do luto”. O que existe, é o final de um processo de elaboração. Esse momento pode ser percebido quando o enlutado já consegue fazer planos sem a pessoa que morreu, por exemplo, dando uma continuidade à sua vida, podendo pensar de forma menos dolorosa no ente perdido, sem os sintomas físicos e comportamentais do luto, superando muitas vezes o sentimento de culpa vem acompanhando o indivíduo durante o processo.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo esclarecer as características do processo de luto e do luto antecipatório. Diante da possibilidade inerente a todo o ser humano, da morte e do morrer, esses conhecimentos são de extrema importância tanto para os profissionais de saúde mental quanto para todas as pessoas que vivenciam ou convivem com pessoas em situação de luto.

O processo de luto é individual e a forma como será conduzido e experienciado varia de acordo com cada indivíduo, apesar de ser um processo pré-definido. O processo de perda deve ser

devidamente elaborado para que não assuma um caráter patológico, como no caso do luto crônico, que tem uma duração excessiva e nunca chega à um desfecho ou superação satisfatória.

Além disso, o luto antecipatório, que faz parte de um processo sistêmico do luto propriamente dito e acontece na eminência da perda, principalmente em casos de pacientes com doenças graves e/ou em fase terminal, acometendo a família e o próprio doente, caracteriza um processo que necessita de cuidados paliativos e acompanhamento multidisciplinar (inclui-se aqui o psicólogo), tão logo saia o diagnóstico. O luto antecipatório envolve a família e entes próximos ao paciente numa possibilidade de interpretar e absorver a realidade da morte, criando mecanismos para o enfrentamento do que está por vir.

Portanto, o luto é um processo pelo qual todos os indivíduos passam em algum momento na vida, seja pela perda de um ente querido, da pessoa amada, ou de qualquer outra coisa que tenha uma importância sentimental para a pessoa. É importante que o processo seja vivido, em todas as suas fases, para que o enlutado possa elaborar a perda e ressignificar a vida sem o objeto perdido.

REFERENCIAS

Aguiar, M.A.F. (2005). Luto antecipatório em crianças com câncer. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica

Bowlby, J. (2002, 3ª Ed.). Apego: A natureza do vínculo. Em: Apego e perda, Vol. 2. São Paulo: Martins Fontes

Bowlby, J. (2006, 4ª Ed.). Formação e rompimento dos laços afetivos (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes (Texto original publicado em 1970).

Bromberg, M.H.P.F. (1996). Luto: a morte do outro em si. Em: Bromberg, M.H.P.F.; Kovács, M.J; Carvalho, M.M.M.J.; Carvalho, V.A. Vida e morte: laços da existência. São Paulo: Casa do psicólogo. P.99-122.

Bromberg, M.H.P.F. (2000). A psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas : Editorial Psy II.

Citra, E.M.U e Figueiredo, L.C. (2006). Melanie Klein – Estilo e Pensamento. São Paulo: Editora Escuta.

Connor, S.R. (2000) Denial and the limits of anticipatory mourning. Em: Rando, T. A. Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers. Illinois: Research Press. P. 253-265.

Domingues, Gláucia Regina et al . A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. Psicol. hosp. (São Paulo), São Paulo, v. 11, n. 1, p. 02-24, jan. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 out. 2017.

Fonseca, J.P. (2001) Luto antecipatório: as experiências familiares diante de uma morte anunciada. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica.

Fonseca, J.P. (2004). Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada. Campinas: Editora Livro Pleno.

Franco, M.H.P. (2008). O trabalho com pessoas enlutadas. Em: Carvalho, V.A; Franco, M.H.P.; Kovács, M.J.; Liberato, R. P.; Macieira, R.C.; Veit, M.T.; Gomes, M.J.B.; Barros, L.H.C. (org.) Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus. P. 398-402.

Freud, S. (2006). Luto e Melancolia. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago (Texto original publicado em 1917).

Freud, S. (2006). Reflexões para o tempo de guerra e morte. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago (Texto original publicado em 1915).

Gibran, Renata Cristina Ribeiro; Peres, Rodrigo Sanches. Luto: questões do manejo técnico na clínica psicanalítica. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 73-85, 2013 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 out. 2017.

Klein, M. (1996). O luto e suas correlações com os estados maníacos depressivos. Em: Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago

Kovács, M.J. (1992). Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kübler-Ross, E. (2009, 9ª Ed.). Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes.

Marques, Marlene. Fatores que impedem a resolução do luto. Psicologia.pt. Lisboa, 2015. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0860.pdf>. Acessos em 08 out. 2017.

Marques, Marlene. Luto e Saúde Mental. Ver Psicologia.pt. Lisboa, 2015. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0851.pdf>. Acessos em 08 out. 2017.

Mazorra, L. (2001) A criança e a morte: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo, PUC.

Parkes, C.M. (1998) Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta (M.H.P. Franco, Trad) São Paulo: Editora Summus

Parkes, C.M. (2009) Amor e perda: As raízes do luto e suas complicações (M.H.P. Franco, Trad.) São Paulo: Editora Summus.

Rando, T.A. (2000). Loss and anticipatory grief. Massachussets/ Toronto: Lexington Books.

Von Hohendorff, Jean; Melo, Wilson Vieira de. Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. Estud. pesquis. psicol., Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, set. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812009000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 out. 2017.

Worden, J.W. (1996). Children and grief - When a parent dies. New York: Guilford Press.

