

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
CENTRO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO - CETREDE
CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

MILENA EUGÊNIO DE SOUSA FURTADO

**DEPRESSÃO E LUTO: UMA LINHA TÊNUE EM
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA - ESTUDO DE CASO**

Fortaleza – Ceará

2008

MILENA EUGÊNIO DE SOUSA FURTADO

**DEPRESSÃO E LUTO: UMA LINHA TÊNUE EM
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA - ESTUDO DE CASO**

Monografia submetida à Coordenação do curso de Pós - Graduação em Avaliação Psicológica, da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientador(a): Cristiane Maria Gondim Vasconcelos

Fortaleza – Ceará
2008

MILENA EUGÊNIO DE SOUSA FURTADO

**DEPRESSÃO E LUTO: UMA LINHA TÊNUE EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA - ESTUDO
DE CASO**

Monografia submetida à Coordenação do curso de Pós - Graduação em Avaliação Psicológica, da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Aprovada em ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Cristiane Maria Gondim Vasconcelos
(Orientador)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof. Dr.
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof. Dr.
Universidade Federal do Ceará-UFC

Coordenador do Curso

"Embora saibamos que depois de uma perda dessas o estado agudo de luto abrandará, sabemos também que continuaremos inconsoláveis e não encontraremos nunca um substituto. Não importa o que venha a preencher a lacuna, e, mesmo que esta seja totalmente preenchida, ainda assim alguma coisa permanecerá. E, na verdade, assim deve ser. É a única maneira de perpetuar aquele amor que não desejamos abandonar."

(Sigmund Freud)

A meu pai, Francisco;
A minha mãe (*in memoriam*), com todo o meu amor e saudade, dedico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, razão da minha existência.

À minha família, em especial, minhas irmãs pela força; ao meu pai, pelos exemplos de honestidade e bondade, fazendo-me crer na dignidade do homem e a minha amada mãe (*in memoriam*), pelo exemplo de luta e determinação durante toda sua vida.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional em todas as etapas deste trabalho e pela torcida constante por vitórias na minha vida profissional.

À minha prima e amiga Livia Maria Eugênio Lopes pela troca de conhecimentos e idéias nas interfaces de nossas áreas de atuação clínica.

À minha tia Ângela Maria Eugênio Lopes, pela orientação, ajuda e incentivo constante na busca de novas fontes de conhecimento.

À Psicóloga e Professora Cristiane Maria Gondim Vasconcelos, mais que uma orientadora, uma incentivadora deste trabalho.

Ao Centro de Treinamento e Desenvolvimento – CETREDE em parceria com a Universidade Federal do Ceará – UFC pelo espaço de fomentação de novos conhecimentos.

As pessoas enlutadas que participaram desta pesquisa.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, deram suporte para a realização deste trabalho.

RESUMO

A utilização da Avaliação Psicológica se apresenta como um campo da Psicologia bastante amplo. Seja em processos seletivos, avaliação psicológica voltadas para o trabalho, psicodiagnósticos clínicos, entre outros; é hoje um campo reconhecido e respeitado por diversos profissionais da área de saúde e áreas afins. Este estudo teve como objetivo identificar no Psicodiagnóstico os aspectos que auxiliam na diferenciação entre depressão e luto. Configura-se o estudo como estudo de caso, cuja amostra é composta por 07 (sete) casos clínicos de pessoas enlutadas de uma mesma família. Estes sujeitos foram submetidos à avaliação psicológica no segundo mês após a perda de um parente fraterno; uma irmã. O estudo dos casos ocorreu em uma clínica particular de psicologia, na cidade de Fortaleza, estado do Ceará. Foram aplicados os testes Palográfico, Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/ Neuroticismo - EFN, HTP e os instrumentos clínicos Desenho – Estória com Tema e entrevistas. Constatamos que nos testes psicológicos utilizados na pesquisa, 85,71% (n=6) apresentaram algum fator indicativo de depressão em pelo menos um dos instrumentos psicológicos. No instrumento Desenho - Estória com Tema e relatos colhidos nas entrevistas, 28,57% (n=2) dos sujeitos pesquisados apresentou algum indício de que o curso do processo de luto pode não estar caminhando de forma a se desdobrar de maneira saudável. Portanto, confrontando os dados detectados nos testes psicológicos e os instrumentos clínicos utilizados na pesquisa, 28,57% (n=2) dos casos avaliados podem desencadear algum tipo de transtorno mental, entre eles a depressão.

Palavras Chave. Luto. Depressão. Avaliação Psicológica.

ABSTRACT

Keywords:

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, TABELAS, QUADROS

Tabela I	Distribuição dos sujeitos, segundo faixa etária	40
Gráfico 1	Distribuição dos sujeitos, segundo o número de filhos	41
Gráfico 2	Distribuição dos sujeitos, segundo a situação marital	42
Tabela II	Distribuição dos sujeitos, segundo a renda individual	43
Gráfico 3	Distribuição dos sujeitos, segundo profissão	44
Tabela III	Distribuição dos sujeitos, segundo a escolaridade e profissão	45
Tabela IV	Distribuição dos sujeitos, segundo a raça auto-referida	46
Quadro 1	Resultados referentes aos instrumentos psicológicos utilizados na análise de fatores indicativos de depressão	48
Figura 1	Figura e Desenho do Sujeito 1	51
Figura 2	Figura e Desenho do Sujeito 2	52
Figura 3	Figura e Desenho do Sujeito 3	54
Figura 4	Figura e Desenho do Sujeito 4	56
Figura 5	Figura e Desenho do Sujeito 5	57
Figura 6	Figura e Desenho do Sujeito 6	60
Figura 7	Figura e Desenho do Sujeito 7	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Objetivo Geral	15
1.2	Objetivos Específicos	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	Depressão	16
2.1.1	Histórico e conceito	16
2.2	Luto	20
2.2.1	Histórico e conceito	20
2.2.2	Atitudes de enfrentamento diante da morte e do morrer	23
2.2.3	Apego: a formação dos laços afetivos	24
2.2.4	Perda: reações ao rompimento dos laços afetivos	26
2.3	Avaliação Psicológica	29
3	METODOLOGIA	31
3.1	Pressupostos teóricos	31
3.2	Recursos metodológicos	31
3.3	População e Amostra	36
3.4	Dinâmica da Coleta de Dados	36
3.5	Cenário e caracterização do local	37
3.6	Análise de dados	38
3.7	Ética e pesquisa	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1	Caracterização Sócio - econômico e demográfica dos Sujeitos Perfil	40
4.2	Caracterização dos sujeitos	47
4.3	Fatores indicativos de depressão dos instrumentos psicológicos	48
4.4	Fatores indicativos de processo de luto no Procedimento DE com Tema	50
4.5	Síntese dos resultados de todos os instrumentos utilizados na pesquisa	63
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE	69

1 INTRODUÇÃO

O processo de Avaliação Psicológica tem suas raízes no final do século XIX e início do século XX e hoje constitui uma das importantes funções do psicólogo. As estratégias de avaliação são amplas, em que o profissional pode usar vários recursos e maneiras de investigação para encontrar respostas a questões propostas pelo examinando ou pessoa responsável pelo examinando.

Atualmente, a utilização dos testes psicológicos tem se configurado importante no processo de Avaliação Psicológica, em que o profissional utiliza-se de estratégias bem definidas, com objetivos claros, no qual se tenta obter respostas às questões levantadas. O uso de testes psicológicos é considerado um passo importante do processo de avaliações psicológicas, porém este é apenas um dos recursos que podem ser utilizados nesses processos.

Para se pensar em Psicodiagnóstico é preciso conceituar e fazer as diferenciações básicas: pode ser definido como sendo uma avaliação psicológica de âmbito clínico, caracterizando-se por ser um processo com papéis bem definidos, no qual a duração de tempo é limitada, cuja investigação destina-se à descrição e compreensão da personalidade do paciente, trabalhando com um raciocínio clínico em que o examinando é analisado de forma dinâmica, não podendo ser descrito apenas como sendo resultado de uma mera aplicação de testes e técnicas psicológicas. É, portanto, considerado um processo científico, na medida em que há um levantamento de hipóteses diagnósticas e é limitado no tempo, pois o processo será acordado entre o paciente ou responsável e o profissional, com uma estimativa de tempo pré-estabelecido para o início e o fim do mesmo, bem como, pode ter um ou vários objetivos, dependendo das motivações que o mesmo foi solicitado.

Dentro dos vários objetivos possíveis da realização de um Psicodiagnóstico, podemos ressaltar os do diagnóstico diferencial, prevenção e prognóstico. No Psicodiagnóstico em que o objetivo é o diagnóstico diferencial, o psicólogo está voltado para a investigação das irregularidades e inconstâncias do quadro sintomático, em que busca compreender qual a psicopatologia dominante. Quando o objetivo é o de prevenção, o profissional visa a identificar problemas precocemente, avaliar os riscos e a capacidade do examinando em relação ao enfrentamento de situações novas, em que o examinando pode apresentar dificuldades para lidar.

Já o objetivo de prognóstico busca avaliar condições que, de alguma forma, possam ter influência no curso do transtorno e ajudar em decisões de caráter vital para o indivíduo. Neste sentido, o Psicodiagnóstico constitui-se como importante instrumento de investigação de diversas patologias e como forma de ajudar a tomar decisões importantes sobre o paciente e ajudar na prevenção dessas patologias. (CUNHA, 2000)

Um número cada vez maior de psicopatologias é detectado através de Psicodiagnósticos e estas estão ligadas aos transtornos de humor, principalmente o episódio depressivo. Essa categoria de transtornos mentais pode ser definida como sendo uma alteração do humor ou afeto, acompanhada por alterações no nível global de atividade, freqüentemente relacionados com eventos ou situações estressantes e conflituosas para o indivíduo. No episódio depressivo ou na depressão, o indivíduo sofre de humor depressivo, perda do interesse, prazer e energia, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída.

Considerando a depressão sob a ótica de gênero, Camarano (1999) apud Oliveira et al (2006) consideram que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade para apresentarem sintomas depressivos, principalmente quando idosas, se considerarmos as condições de dependência econômica e aparecimento de outras doenças. Outro fator para que a depressão seja mais freqüente nessa fase da vida deve-se ao fato de que apresentam maior número de perdas do que uma pessoa mais jovem. Neste sentido, uma das causas possíveis seria a possibilidade de essas idosas apresentarem maior número de processos de elaboração de lutos, onde estes poderiam ser a causa de alguns desses casos de depressão.

Os diagnósticos de pessoas com depressão têm sido cada vez mais freqüentes nas clínicas e consultórios psicológicos, sendo considerada como uma das doenças mais comuns da atualidade e que afeta a qualidade de vida das pessoas, pelo sofrimento e graves conseqüências socioeconômicas que pode ocasionar, devendo, portanto, ser encarada como um problema de saúde pública. (GAZALLE et al, 2002).

Del Porto (2003) apud Lopes (2007) afirma que em pesquisa realizada nos Estados Unidos estimou-se que a prevalência de depressão esteve em torno de 7,8% da população em geral, justificando, dessa forma, a preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em enfatizar que a depressão não diz respeito apenas ao psiquiatra, mas aos profissionais da saúde de modo geral.

Camarano (1999) apud Oliveira et al (2006) afirma que a ocorrência da depressão está associada a vários fatores: idade, estado civil, classe social e condições sociais, dentre outros, sendo, portanto, multifatorial. Heok (2000) apud Fernandes et al (2003: p. 19) acrescenta que pode estar presente nos indivíduos de qualquer idade, isto é, pode afetar os indivíduos em alguma fase de suas vidas, "seja como humor transitório ao se sentir abatido ou melancólico, ou como uma forma mais séria, que pode prejudicar o desempenho físico e psicológico".

Sendo uma síndrome psiquiátrica, a depressão apresenta como características o humor deprimido, a perda do interesse ou prazer, as alterações do funcionamento biológico e pode ter duração curta ou prolongada, com importantes repercussões na vida dos indivíduos. Tais repercussões, seja na esfera familiar e/ou econômico-social, revelam-se importantes dados, uma vez que afeta também aspectos subjetivos: os sentimentos, o pensamento, as emoções, a capacidade de enfrentamento das situações que exigem tomadas de decisões, entre outras. Não pode, portanto, ser encarada apenas como dor passageira por ocasião das perdas, fracassos, frustrações, dentre outras ocorrências das quais o ser humano nem sempre pode evitar (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

Os autores elencam como os principais sintomas da depressão os relacionados à tristeza patológica, anedonia, ansiedade, irritabilidade, mal-humor, medo, lentificação do pensamento, distúrbio da atenção, distorção da realidade, choro imotivado, lentificação e redução do rendimento, distúrbios do sono, redução de energia, redução ou aumento do apetite, perda do interesse sexual.

Estando atentos ao que caracteriza a depressão, questionamos se não está havendo equívocos quanto ao diagnóstico de pessoas com depressão, uma vez que, em diversas situações na vida, sintomas semelhantes emergem, como por exemplo, a partir de uma ocorrência de perda significativa. Tais perdas são consideradas como uma dor psíquica que também apresentam sintomas semelhantes ao da depressão. Nesses casos, pode ser que indivíduos enlutados (e não deprimidos) estejam sendo submetidos a tratamentos medicamentosos, evitando entrar em contato com essa dor e outras dores psíquicas.

Ressaltamos que, assim como a depressão, o diagnóstico do luto precisa ser bem definido. Identificar se se trata de um luto ou de uma depressão é fundamental para que outras patologias sejam evitadas. Isso significa que, para as duas situações, o curso do tratamento é diferenciado. Na depressão, essa dor precisa ser minimizada através de uso de medicamentos e/ou

psicoterapias. Já no caso do luto, a dor psíquica precisa ser vivenciada na sua totalidade, por mais dolorosa que seja, precisa ser confrontada (BROMBERG, 2000). Um luto não vivenciado poderá levar ao luto complicado, podendo desencadear patologias tais como os diversos transtornos psicológicos e psiquiátricos, afetando a qualidade de vida do sujeito, uma vez que o nível de sofrimento psíquico pode ser tão grande e incômodo quanto o de um transtorno de humor.

É preciso que os diferentes profissionais que trabalham com pessoas enlutadas reconheçam a necessidade de que a pessoa enlutada entre em contato com o seu sofrimento e que chorar diante de uma perda significativa é um processo normal de qualquer luto. Quando o ser humano não se permite ou não é permitido entrar em contato com tais sentimentos, maiores são as chances de desencadear outros problemas. É possível que o próprio indivíduo enlutado tenha resistência a entrar em contato com a dor do seu próprio luto, mascarando a dor através de psicofármacos.

Por luto entendemos como uma gama de sentimentos e comportamentos que são comuns depois de uma perda. Entre os sentimentos mais comuns observados durante as manifestações do luto, está tristeza, raiva, culpa e auto-recriminação, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, choque, anseio pela pessoa perdida, desejo de emancipação, entre outros. Algumas dessas manifestações são também encontradas em pacientes com depressão, porém existe uma "linha tênue" que separa a pessoa enlutada da depressiva (BROMBERG, 2000).

É possível que, por ocasião dos diagnósticos para depressão, seja dada pouca ou nenhuma importância aos processos de perda e que, mesmo quando é levada em consideração a questão da perda, pode ser que se ocupe apenas com as variantes patológicas do luto, em detrimento do que se pode considerar como processo normal de uma perda. Neste sentido, o diagnóstico diferencial entre luto e depressão é de extrema importância para a escolha do tratamento do paciente e o Psicodiagnóstico pode ser considerado uma possibilidade concreta para a orientação de pacientes com essas demandas. Dessa forma, o psicólogo que trabalha com Avaliação Psicológica, assim como outros profissionais da área da saúde, precisa estar atento sobre os processos de luto, pois várias são as áreas afetadas durante esse período, tanto no equilíbrio físico como no psicológico.

Diante do exposto, entendemos que são vários os profissionais, principalmente os da saúde, que trabalham direta ou indiretamente com a morte, evento este gerador do processo de luto. A diferença está no fato de que todos esses profissionais lidam com perdas de natureza

diferenciada; portanto, faz-se necessário que estejam capacitados para saberem lidar com as pessoas que vivenciam esse processo e que a eles recorrem, seja médico, psicólogo, advogado, fisioterapeuta, dentre outros. Acerca dessas questões, indagamos como os profissionais das diversas áreas de conhecimento estão preparados para lidar com a morte e como trabalhar com a morte.

Essas indagações seriam simples se não tivéssemos que pensar sobre a finitude do homem. Falar de morte é falar da vulnerabilidade do ser humano, é falar das impotências diante do inevitável fim. Apesar de ser a única certeza de que temos na vida, não falamos de morte em casa com nossos pais, não falamos dos nossos medos nas escolas, não somos preparados nas universidades para trabalharmos com pacientes terminais, não pensamos sobre a nossa própria mortalidade. E como não somos preparados durante nossa vida pessoal ou profissional para lidar com a morte e perdas de forma geral, estamos mais suscetíveis para vivenciarmos lutos complicados.

Diante desta realidade, estamos cada vez mais deparando, na nossa prática profissional, com quadros psiquiátricos desencadeados a partir de processos de lutos complicados, como a depressão. Tal quadro pode ser considerado como consequência da situação acima citada, uma vez que algumas pessoas podem não estar preparadas para lidarem com os medos, angústias e dor diante das perdas que a vida nos proporciona, muitas vezes inevitáveis, como a morte.

Considerando o exposto, algumas reflexões surgiram acerca de como os profissionais da saúde estão lidando com pessoas que chegam aos consultórios, vivenciando o processo de luto e que apresentam, ao mesmo tempo, sintomas semelhantes ao da depressão. As reflexões vão mais além quando direcionadas ao diagnóstico, uma vez que as semelhanças podem levar a equívocos que desnorream as condutas terapêuticas. Diante dos dois quadros, que apresentam características semelhantes, questionamos quais os aspectos do Psicodiagnóstico que poderão ser considerados para diferenciar o diagnóstico de depressão e de luto?

Ao fazermos uma relação entre o luto e a depressão, é preciso que se pense não apenas de forma unilateral, mas que seja possível entender que no processo de luto normal existe a tristeza e esta não necessariamente pode ser traduzida como depressão.

Para um diagnóstico correto e preciso de um paciente que está em processo de elaboração de um luto e uma pessoa que se encontra com transtorno de humor, é possível a

utilização de vários instrumentos, como a entrevista clínica e os testes psicológicos. Neste sentido, o Psicodiagnóstico torna-se um valioso instrumento para os profissionais da área de psicologia, principalmente para tomada de decisões em relação ao direcionamento do prognóstico e/ou tratamento.

O interesse para o aprofundamento das questões relacionadas ao luto, à depressão e ao Psicodiagnóstico surgiu na nossa prática em clínica de atendimentos psicológicos, especialmente com pessoas depressivas e outras em processo de elaboração do luto. Observamos que os mesmos sintomas da depressão estão presentes, como queixas frequentes quando por ocasião das consultas e sessões psicológicas, em pessoas em processo de elaboração do luto. Em geral, os pacientes manifestam sintomas de depressão, principalmente relacionados à apatia, fadiga e falta de disposição para a realização de tarefas antes executadas sem dificuldades, incluindo manifestações de nenhum prazer pela vida. O desconhecimento de que esses sintomas estão presentes tanto na depressão como no luto poderá levar a um diagnóstico impreciso, podendo afetar a qualidade de vida desses pacientes. Neste sentido, compreende-se que a atuação do profissional na área de saúde, em especial os que trabalham na área clínica, deve ser atenta aos possíveis caminhos que uma pessoa enlutada pode se encontrar, não necessariamente o de uma patologia como o da depressão.

A relevância do estudo está na oportunidade de refletir acerca do que vem sendo posto na literatura sobre a depressão e o processo de elaboração do luto, bem como agregar conhecimentos acerca dos procedimentos que podem ser utilizados para o diagnóstico diferencial e, assim, intervirem para a melhoria da qualidade de vida em pacientes enlutados.

Ao concluirmos o estudo, constatamos que, no grupo de sete sujeitos enlutados de uma mesma família, todos os indícios de sintomas de depressão foram encontrados nos testes psicológicos, porém, quando avaliados através de outros instrumentos, como entrevista clínica e considerando o contexto do processo de luto, constatamos que apenas dois dos sujeitos, de fato, apresentam possível quadro depressivo.

Não foi a nossa pretensão com a presente pesquisa fazer uma diferenciação exata e precisa acerca dos sintomas do processo de elaboração do luto e da depressão, daí porque consideramos "uma linha tênue", mas refletir acerca das similaridades dos sintomas que podem levar a diagnósticos parecidos e que os profissionais da área de saúde, principalmente os da área clínica, precisam estar atentos para não cometerem equívocos no momento de fechamento,

diagnósticos e intervenções terapêuticas. Há de se rever duas dimensões essenciais: a importância de um diagnóstico correto e o encaminhamento adequado para o tratamento que pessoas enlutadas devem ter.

1.1. Objetivo geral

Identificar no Psicodiagnóstico os aspectos que auxiliam na diferenciação entre depressão e luto.

1.2. Objetivos específicos

- Conhecer o perfil socioeconômico e demográfico.
- Realizar Anamnese das pessoas enlutadas.
- Aplicar testes psicológicos: Palográfico, HTP (teste da Casa-Árvore-Pessoa, EFN (Escala Fatorial de Neuroticismo) e a Técnica do Desenho-Estória com Tema para verificar a presença de quadro depressivo desencadeado ou não a partir do processo de elaboração de luto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEPRESSÃO

2.1.1 Histórico e Conceito

Ao abordarmos as questões relacionadas à depressão, situaremos aspectos do contexto histórico no sentido de compreendermos como vem sendo tratada no âmbito da saúde mental. Segundo Monteiro e Lage (2007), a história da depressão está intimamente ligada à temática da melancolia, passando a ser utilizada, inicialmente, durante o século XIX.

As autoras referem-se a Peres (2003), que tece uma trajetória mais detalhada, quando afirma que, na Antigüidade, a melancolia não era associada diretamente a uma idéia de doença, em que sua descrição relacionava-se a um traço de superioridade intelectual e refinamento social, sendo esse conceito preservado até o início do século XIX. Citam ainda que, em 1883, Emil

Kraepelin, autor do primeiro Compêndio de Psiquiatria, deteve-se a uma definição baseada, principalmente, no quadro clínico da psicose maníaco-depressiva, cujas características foram descritas como uma alternância de acessos maníacos e acessos depressivos, denotando, assim, um paulatino desaparecimento do termo melancolia.

Diferentemente dos outros autores contemporâneos, nas obras de Freud não existe uma teoria definida sobre depressão, embora o mesmo tenha identificado e descrito manifestações depressivas nas diferentes categorias nosográficas sem, entretanto, assemelhá-las à melancolia nem reuni-las em critérios para diagnóstico, tal como se vê nos atuais manuais de psiquiatria (MONTEIRO; LAGE, 2007).

Ao se referirem ao texto Luto e melancolia de Freud, escrito em 1915, as autoras afirmam que o autor se debruça especificamente sobre o tema, fazendo uso do termo para caracterizar um quadro psicótico, anteriormente descrito pela própria psiquiatria. No referido artigo, Freud aborda a problemática, assinalando que se, em alguns, a perda leva à elaboração de um luto, em outros, conduz aos precipícios da melancolia, pois as características distintivas são as mesmas encontradas no estado normal de luto, à exceção de uma: no luto, é possível ter certeza de qual objeto foi perdido; na melancolia, a perda objetual é retirada da consciência e recai sobre o próprio ego.

Tomando as considerações de Monteiro e Lage (2007), percebemos que há uma valorização da psicanálise em relação à não-padronização da teoria psicanalítica nos manuais e nas idéias de alguns autores. Ao contrário disso, Fédida (2002) apud Monteiro e Lage (2007), baseada no artigo Luto e melancolia, afirma que os termos depressão e luto no texto são equivalentes e que a depressão deve ser concebida como luto, dando indicação mais precisa para se considerar a melancolia uma alteração psíquica importante, isto é, como Freud não estabeleceu uma diferenciação precisa entre melancolia e depressão, da mesma forma que se dispôs a distingui-la do luto, torna-se bastante significativa a busca por uma definição mais clara acerca dessas diferenciações.

Para compreendermos mais claramente a questão da depressão, atualmente podemos defini-la como um transtorno de humor ou afetivo, cuja perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto. De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional das Doenças – CID-10, determinada pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1993), as alterações de humor encontradas nos transtornos acima citadas são

normalmente acompanhadas de uma alteração no nível global de atividade e a maioria dos sintomas é secundária ou facilmente compreendida no contexto de tais alterações. Estas podem ou não estar vinculadas a eventos estressantes, podendo aparecer em qualquer faixa etária.

Ainda de acordo com a CID-10, os transtornos de humor podem ser definidos nas seguintes categorias: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo, transtornos persistentes do humor, outros transtornos do humor e transtornos do humor não-especificado. Em todas essas categorias, ocorrem subdivisões à finalidade de auxiliar no diagnóstico do paciente. Na verdade, a distinção entre os graus de gravidade ainda permanece um problema, pois os três graus de classificação estipulados pela CID-10 denominados leve, moderado e grave foram especificados porque muitos clínicos desejam tê-los disponíveis (OMS, 1993).

Ainda de acordo com a OMS (1993), o que consta na CID-10 é que a depressão ou episódio depressivo se caracteriza principalmente pelo sofrimento causado pelo humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Também são encontrados sintomas comuns em pessoas que apresentam esse quadro: concentração e atenção reduzida, auto-estima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas de futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído.

Em relação ao tempo de duração, a depressão é uma doença que poderá persistir por um período mínimo de duas semanas, quando o indivíduo está "para baixo", isto é, se apresenta com tristeza, melancolia, relata sensações de aperto no coração, relata angústia, aparenta inquietação, mostra-se ansioso, sente-se desanimado e com falta de energia para realizar tarefas. Nessa situação, o indivíduo permanece apático, sem motivação e achando que “tudo é sem graça”, bem como, não encontra sentido em nada, mostrando-se pessimista e preocupado. Quando se apresenta nesse estado, todo o organismo está comprometido, afetando inclusive o sono, o apetite e a disposição física.

As manifestações do quadro clínico de depressão são variáveis de indivíduo para indivíduo, podendo ser intermitente ou contínua, tendo duração de horas ou de um dia inteiro, ou persistindo por semanas, meses ou anos.

A intensidade do sofrimento também pode sofrer variações, sendo comum variar ao longo do tempo. Neste sentido, convém alertar para que a depressão não seja confundida como

sendo apenas um momento de “baixo astral”. Apesar de a tristeza fazer parte da vida psicológica normal, assim como a alegria e outros sentimentos, deve-se suspeitar de algo mais quando esse sentimento associa-se com uma impossibilidade de manter as atividades laborais e relacionamentos afetivos. A tristeza sem um motivo aparente pode ser um dos primeiros sinais de transtorno de humor. Neste sentido, os sentimentos são diferentes e podem ser percebidos pelo indivíduo. A pessoa deprimida comumente percebe quando seus sentimentos são diferentes de tristezas sentidas anteriormente ou quando difere do estado de negativismo causado pelo luto.

A depressão costuma ser mais duradoura que as oscilações normais de humor. Neste caso, para o indivíduo, qualquer situação estressante causa um sofrimento desproporcionalmente maior e mais longo e tudo se transforma em situações e problemas mais pesados do que se sinta capaz de resolver. Como consequência desse sentimento inespecífico, o deprimido tende a se isolar. Vale lembrar que isso é bem diferente da "pessoa triste" que, na maioria das vezes, procura se distrair e se ajudar. A falta de energia, disposição, interesse e força de vontade tornam-se algo insuportável para a pessoa com depressão, principalmente nos casos mais graves.

Guimarães e Cunha (2004) definem a depressão como sendo uma síndrome psiquiátrica, compreendendo o humor deprimido, a perda do interesse ou prazer, bem como as alterações do funcionamento biológico, dentre outros. Os sintomas podem ter duração curta ou prolongada, sendo considerados manifestações importantes, com repercussões na vida dos indivíduos.

Tais repercussões afetam o cotidiano das pessoas, tanto na esfera familiar como na esfera econômico-social, visto que se revelam, segundo os autores, em um dado importante, uma vez que afetam também os aspectos subjetivos, tais como os sentimentos, os pensamentos e as emoções. Vale ressaltar que também podem afetar a capacidade de enfrentamento das situações que exigem tomadas de decisões. Não se pode, portanto, dizer que a depressão seja apenas uma dor passageira por ocasião das perdas, fracassos, frustrações, dentre outras ocorrências das quais o ser humano nem sempre pode evitar.

Entre as alterações que fazem parte da síndrome depressiva, podemos citar: tristeza patológica, anedonia, ansiedade, irritabilidade, mau-humor, medo, lentificação do pensamento, distúrbio da atenção, distorção da realidade, choro imotivado, lentificação e redução do rendimento, distúrbios do sono, redução de energia, redução ou aumento do apetite e perda do interesse sexual (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

No caso do episódio depressivo maior, ainda segundo os autores, há ainda manifestações de perda de interesse ou prazer nas atividades diárias, agitação psicomotora, sentimentos de desvalia, culpa inadequada ou excessiva, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou mesmo tentativas de suicídio. Guimarães e Cunha (2004) alertam que nem todos esses sintomas estão presentes simultaneamente no mesmo paciente, devendo o diagnóstico ser firmado segundo critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)*, publicado em 1994, pela Associação Americana de Psiquiatria.

Del Porto (2003) apud Lopes (2007) afirma que, atualmente, a síndrome depressiva tem merecido destaque, na medida em que são observadas em alta prevalência mundial. O autor apresenta alguns resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, em que foi estimada a prevalência de depressão em torno de 7,8% da população geral. A depressão tem sido destacada entre as doenças crônicas que mais afetam a qualidade de vida das pessoas, pelo sofrimento que pode causar, inclusive para os familiares. Em vista disso, o autor salienta que a OMS considera a depressão como um problema de saúde pública e alerta que não é uma problemática que diz respeito apenas ao psiquiatra, mas aos médicos em geral, visto que o aumento do número de psiquiatras ativos não é capaz de dar um suporte adequado à demanda cada vez maior de pacientes acometidos. Podemos ainda considerar que, por ser um problema de saúde pública, direta ou indiretamente, diz respeito a todos os profissionais de saúde, em especial, aos da área de saúde mental.

Oliveira et al (2006) citando Camarano (1999) apresentam vários fatores que podem estar relacionados à ocorrência da depressão, sendo os mais considerados: idade, estado civil, classe social e condições sociais. Os sintomas depressivos e outros transtornos psiquiátricos estão também relacionados a outros fatores, inclusive a ocorrência de perdas de entes queridos ou pessoas importantes. Neste sentido, vários autores afirmam que

A associação entre morte de familiar ou pessoa muito importante com o desfecho revela o papel de variáveis que representam eventos de vida na ocorrência de quadros depressivos. Diversos estudos mostram associações de transtornos psiquiátricos, especialmente afetivos, com eventos de vida e estresse ambiental (COOKE, 1987; LIMA, SOARES e MARI, 1999; PAYKEL, 1978 apud GAZALLE et al, 2002, p. 370).

No entanto, o limite entre a depressão e o processo normal de elaboração do luto permanece mal definido na literatura e continua sendo motivo de discussões entre os vários tipos de profissionais que atuam no âmbito da saúde mental.

Portanto, refletir acerca da temática da depressão implica necessariamente investigar sobre a forma como o indivíduo vivencia suas perdas e como estas podem ser expressas no processo de luto não complicado.

2.2 LUTO

2.2.1 Histórico e conceito

Para compreendermos sobre elaboração do processo do luto é preciso entrar em contato com os conceitos encontrados na literatura sobre este assunto, como pesar, melancolia, tristeza, dentre outros termos usualmente utilizados. Isso se faz necessário para a compreensão do que se passa com uma pessoa enlutada e assim possa contribuir para percebermos os aspectos “sutis” diferenciados decorrentes do luto e da depressão e dessa forma elaborarmos um diagnóstico mais preciso.

Há grande controvérsia em relação aos conceitos existentes entre os termos referentes à dor da perda. As dificuldades termológicas ainda persistem, havendo algumas restrições para o uso do termo “luto”, como uma tarefa psíquica bem precisa a desempenhar, com a função de fazer com que as lembranças e esperanças do sobrevivente se desvinculem do morto. Bowlby (2002), no entanto, discorda desta restrição, pois acredita que o termo “luto” pode ser usado não apenas em processo de perdas reais como a da morte, mas que o mesmo termo pode ser usado em todos os processos que envolvem reações às perdas, tanto real como simbólicas.

Podemos pensar a palavra luto a partir dos estudos originados da Psicanálise. Em 1917, no seu clássico artigo “Luto e Melancolia”, Freud introduz na literatura seu conceito até então pouco explorado. A tarefa principal do luto estaria relacionada somente a processos psicológicos, no qual a pessoa enlutada pudesse ser capaz de transformar as recordações do morto, se desvinculando da pessoa perdida, e elaborar a perda de uma forma saudável. (BROMBERG, 2000)

Na concepção psicanalista, o trabalho no processo de elaboração de luto envolve a necessidade do indivíduo em recolher sua energia (libido) e suas fantasias destrutivas que estavam dirigidas ao objeto, agora perdido. Se isso não ocorrer, essa libido pode voltar contra si

mesmo. Nesses casos, o luto pode tornar-se mal-elaborado, podendo levar ao desenvolvimento da melancolia ou lutos. Portanto, de acordo com essa perspectiva, luto é um processo que necessariamente envolve morte e que, se não for bem elaborado, pode ser considerado como melancolia, tornando-se assim um processo patológico.

O que nos interessa, do ponto de vista clínico, é a possibilidade de um luto mal-elaborado, em que predominam os objetos introjetados persecutórios. Isto leva a lutos patológicos ou quadros melancólicos, em que a depressão é persecutória, carregada de culpa. Não raro, esses indivíduos, agora identificados com esse objeto morto, inconscientemente, passam a viver como 'mortos'- a melancolia seria um exemplo típico (KOVÁSC,1992, p. 102).

Este uso restrito do termo luto, definido há algumas décadas por Freud, é considerado por alguns autores como algo inaceitável. Para Bowlby (2004, p. 14), a palavra luto pode ser usada em vários outros processos psicológicos envolvendo perda, sendo estes sadios ou patológicos.

Assim se fossemos aceitar a injeção para restringir o termo 'luto' da maneira proposta, teríamos de limitá-lo aos processos psicológicos com um resultado que só é predeterminado como ótimo, mas que, agora temos boas razões para saber, e como o próprio Freud com razão suspeitava, nunca é completamente atingido [...]. Os processos que levam a qualquer resultado diferente seriam, por definição, excluídos e teriam portanto de ser descritos por outros termos

Portanto, de acordo com Bowlby (2004), toda perda significativa pode ser definida como luto, ao contrário do que Freud defendeu. É possível que, para experienciar a dor de uma perda, não necessariamente esta precisa ser real como a morte. A perda simbólica, como o divórcio, pode ser tão dolorosa quanto a perda com a morte física de um ente querido.

A morte pode ser considerada como sendo um processo psíquico bastante angustiante, no sentido de que deparamos com o “não-saber”. A perda da capacidade de controle em relação ao desconhecido faz com que o medo da impotência diante da morte possa ser percebido como algo extremamente ruim e doloroso, causando, muitas vezes, sentimento de desamparo. Em geral “O não-saber é uma das coisas mais apavorantes para o ser humano. Perde-se a capacidade de controle, fica-se submisso a algo desconhecido e isso é desesperante” (KOVÁSC, 1992, p. 92). O processo de luto pode ser descrito como a perda de algo ou alguma coisa todos os dias. Neste sentido, a morte está presente em todas as etapas da vida.

Para a autora, para que os processos de luto não se tornem algo insuportável para o ser humano, este cria mecanismos de defesa para tentar controlar seus sentimentos de impotência diante do “não-saber”. Esses mecanismos para lidar com a morte podem ser representados através de fantasias prazerosas, tais como idéias: reencontros pós-morte, Deus e vida eterna, paraíso como recompensa após a partida, sensação de retorno ao útero materno, dentre outras. Há também as fantasias persecutórias, como figuras diabólicas relacionadas aos pecados mundanos, sentimentos de culpa e remorso. Em alguns casos as fantasias são tão violentas que o indivíduo recorre aos pensamentos suicidas como algo capaz de aliviar tais fantasias. Quando utilizamos mecanismos de defesa, como as fantasias prazerosas, estamos tentando transformar a impotência em onipotência. Tentamos ainda driblar a morte através de recursos cada vez mais sofisticados, tecnologicamente falando, como técnicas e instrumentos médicos capazes de ações idênticas a milagres divinos.

Enfrentamos também a impotência diante da morte através da fé onipotente de que algo existe além da morte física. Nessa perspectiva, é possível dizer que profissionais da área de saúde, ao escolherem suas profissões, podem estar, inconscientemente, tentando travar uma luta contra a morte.

Ante a percepção de nossa impotência, por vezes 'percepção' inconsciente, nos defendemos através da onipotência. A certeza de uma vida pós-morte pode ser resultado desse segundo mecanismo. Embora possamos saber se ela existe ou não, o que se observa é que essa certeza decorre da necessidade de enfrentar a impotência, inclusive a impotência do não-saber. (KOVÁSC, 1992, p.97)

Porém, se olharmos através de uma perspectiva individual, a morte vence a vida, no sentido de que todos morrerão um dia, mas, na ótica da perspectiva através da espécie, a vida vence a morte, uma vez que os genes são perpetuados de geração em geração através do processo de reprodução humana. Portanto, somos estruturados através da fusão das pulsões de vida e das pulsões de morte. Esse conjunto de pulsões é que faz com que nossa espécie continue vivendo.

Basicamente o que é postulado por Freud e grande parte de seus seguidores é que vivemos constantemente num estado de conflito entre Eros e Tanatos, pulsões de vida e pulsões de morte. As primeiras levam ao crescimento, desenvolvimento, integração, reprodução, manutenção da vida; as segundas fazem o movimento inverso, de desintegração, tentando levar o indivíduo para um estado inorgânico, a morte. Estes dois grupos de pulsões estão 'fundidos', funcionando sempre juntos, completando-se e opondo-se, num processo dialético (KOVÁSC, 1992, p.95).

Podemos exemplificar estes dois grupos fundidos através da agressividade humana. A pulsão de morte com a pulsão de vida leva o sujeito a apresentar agressividade normal, também chamada de vigor. Se este falta, pode impedir o homem de exercer funções básicas de sobrevivência, inclusive a capacidade de reprodução da espécie. Portanto, a morte faz parte da vida e estão presentes todos os dias e inspira as ações dos seres humanos, seja estas conscientes ou não. O importante é tomar consciência das limitações e das potencialidades do ser humano, para que este viva melhor e com mais qualidade de vida.

2.2.2 Atitudes de enfrentamento diante da morte e do morrer

Segundo estudos relacionados sobre a morte e o morrer, Kübler-Ross (1998) faz um retorno ao passado na tentativa de entender os enigmas atuais relacionados a estes dois temas. Quando se pensa e se estuda culturas e povos, a impressão de se tem é que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá. Quanto mais avançada for a ciência, mais parece que se tenta negar a realidade da morte.

Para esta autora, o terror diante da morte e do processo de morrer é compreensível e talvez se explique melhor pela noção básica de que, para o inconsciente, a morte nunca será pensada como algo possível em se trata de nós mesmos. Imaginar o fim de nossa própria vida é inconcebível, sendo, portanto atribuído à morte e o morrer uma "intervenção maligna" fora de alcance em nossos pensamentos.

A idéia de que a morte é inversa à vida, ao amor e as coisas boas, de uma forma geral é a negação do processo real da finitude das espécies. Neste sentido a morte encontra-se no grupo das coisas ruins, no lado do mal. Porém, a morte é algo inerente à condição de viver, não sendo possível se colocar morte e vida em lados opostos. Este sentimento que é alimentado em relação à oposição entre vida e morte pode ser explicado através do terror real de não se saber se há algo e/ou como será depois da morte. Tomar consciência do próprio processo de finitude através da morte de alguém próximo constitui-se em uma das mais aterrorizantes experiências do ser humano (KÜBLER-ROSS, 1998).

Para a autora é este “não-saber depois da morte” é uma das coisas mais apavorantes para o ser humano, pois através deste desconhecimento o homem perde a capacidade de controle se relação a si mesmo, ficando submisso a algo difícil de ser imaginado.

As reações de descontrole emocional e desespero no processo do luto é algo absolutamente comum, uma vez que a pessoa enlutada entra em contato com este desconhecido, e entre outras coisas, entra em contato com sua própria realidade finita.

2.2.3 Apego: a formação de laços afetivos

O apego pode ser definido como o comportamento responsável pela formação dos laços afetivos nas relações humanas. Através deste, é possível observar os caminhos necessários para o desenvolvimento das relações interpessoais e também, de uma forma mais ampla, para o estabelecimento de uma vida psíquica saudável.

O primeiro comportamento de apego que geralmente se estabelece é a relação entre a mãe e o bebê. É através deste primeiro contato relacional que o ser humano começa a buscar recursos psicológicos para a vida fora do ventre materno. Portanto, a forma como a mãe ou a figura responsável por uma criança se relaciona vai ser fundamental para todas as outras relações afetivas que serão formadas posteriormente.

Entre as várias teorias existentes sobre o comportamento de apego e a natureza do vínculo, uma das mais significativas é a teoria psicanalítica que defende a idéia da formação de laços afetivos através do que é chamada de Teoria do Impulso Secundário. Segundo Bowlby (2004), nesta teoria o vínculo tem origem ligada à satisfação das necessidades básicas do bebê, como a alimentação. A criança possui certo número de necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, sobretudo a necessidade de nutrição. Na medida em que um bebê se liga e também se interessa por uma figura humana, especialmente a mãe ou alguém que exerça esta função, é possível entender isso como sendo o resultado de a mãe satisfazer as necessidades fisiológicas da criança e de que o bebê aprende no seu devido tempo, que ela é a fonte de sua satisfação. Para Freud (1940) apud Bowlby (2004), o amor tem sua gênese vinculada à necessidade de nutrição, ao passo que, para outros psicanalistas, tais como Dollard e Miller (1950, apud BOWLBY, 2004),

é provável que a experiência de ser alimentado represente uma ocasião em que a criança aprende a gostar de estar com outras pessoas.

Bowlby (2004) defende uma teoria diferente, na qual no comportamento de apego não é formado através de “necessidades básicas” ou “impulsos”. Para ele, ao contrário, o comportamento de apego é ativado através de sistemas de comportamentos e propõe que o vínculo da criança com sua mãe ou figura que assuma este papel é um resultado previsível através do qual certo número de atividades comportamentais culmina no comportamento de proximidade. Segundo esta teoria, este tipo de comportamento se caracteriza primeiro pela manutenção da proximidade entre a mãe e o bebê e seu restabelecimento quando ela diminui. Portanto, para este autor, o comportamento de apego foi definido como a busca e a manutenção da proximidade de um outro indivíduo.

É importante ressaltar que este comportamento de apego também foi observado e cientificamente comprovado em várias espécies de animais, não sendo, portanto, visualizado apenas em seres humanos. A diferença entre o homem e os outros animais pode se explicar através da velocidade de amadurecimento. Como o homem nasce muito imaturo e apresenta um desenvolvimento lento, não existe outra espécie de animais em que o comportamento de apego leve tanto tempo a aparecer. Portanto, normalmente só é possível observar tal comportamento a partir do final do primeiro ano e início do segundo ano de vida, quando o ser humano começa a desenvolver a locomoção, tornando possível assim à visualização do vínculo que liga a criança a mãe. Como a criança adquire consciência de sua mãe lentamente, a busca da companhia dela com mãe e conseqüentemente o comportamento de apego só é adquirido através da mobilidade. (BOWLBY, 2004)

Neste sentido, segundo o autor uma das funções da mãe ou da figura substituta é oferecer uma base de segurança que permita a criança explorar o meio e se desenvolver de forma saudável em suas primeiras relações interpessoais. Assim sendo, mesmo que ameaçada, ela não somente se afasta do estímulo ameaçador, como também se protege aproximando-se da mãe. Assim sendo, a mãe torna-se objeto de vínculo, na qual representa toda a segurança necessária para as primeiras vivências do filho. É, portanto, através da formação dos laços afetivos nas primeiras relações de aproximação com a mãe ou figura que represente esta função que o ser humano começa a formar seus laços afetivos posteriores, sendo o comportamento de apego necessário para a formação dos mesmos. Quando este vínculo é cortado drasticamente como

através da morte da mãe, a criança objeto de vínculo, ou seja, com a perda da mãe ou figura responsável por esta função, não há mais a base segura onde se refugiar diante do perigo, o que faz com que seja uma experiência aterrorizante. Esta é a razão pela qual o sofrimento do luto é uma reação universal a reparação de uma figura de vínculo.

2.2.4 Perda: reações ao rompimento dos laços afetivos

Após uma perda significativa muitos sentimentos, comportamentos e sensações físicas e alterações cognitivas são encontradas em pessoas enlutadas. Muitas características de transtornos ou até mesmo patologias graves podem ser consideradas normais quando relacionadas a um processo de luto.

Parkes (1998) realizou estudos relacionados às reações de rompimento do comportamento de apego a partir de um trabalho com a família de pacientes em fase terminal. Entre os sentimentos mais comuns encontrados destacam-se a tristeza, raiva, culpa, autocriminação, ansiedade, desamparo, solidão, desajuste social, entre outros.

A tristeza pode vir sem necessariamente a presença do choro. A raiva pode se apresentar através de duas origens principais, sendo uma relacionada com o sentimento de frustração de não ter conseguido fazer nada que se pudesse para evitar a perda da pessoa amada e outra origem de sentimento de raiva esta relacionado à vivência regressiva fazendo com que a pessoa enlutada se sentisse desamparada. Também é comum observarmos o sentimento de culpa e a auto-recriminação geralmente associados aos momentos que antecederam a morte, mas que, na maioria das vezes, são sentimentos irracionais. A ansiedade aparece como uma forma de expressar a dificuldade de não ser capaz de dar conta de si mesmo e também em relação ao sentimento de consciência da sua própria mortalidade. É comum relatos de solidão, principalmente pelas pessoas enlutadas que perderam um cônjuge ou alguém do convívio diário. O desajustamento social é percebido como um dos sentimentos mais intensos quando se perde uma pessoa importante. Estes sentimentos são tão profundos que afetam as emoções, o corpo e a vida como um todo e por um longo período de tempo (PARKES, 1998).

Dentre os comportamentos considerados típicos dos primeiros momentos do processo de luto está o isolamento social. Em relação aos comportamentos, o isolamento social, distúrbios do sono, do apetite, comportamento aéreo, sonhos com a pessoa que faleceu, evitar falar de coisas que lembram a pessoa que morreu, procurar e chamar pelo nome da pessoa que partiu, suspiros, hiperatividade, choro, visita a lugares ou manter objetos que pertenciam a pessoa que faleceu são comportamentos considerados típicos nos primeiros momentos do processo do luto. Também podem estar presentes a fadiga, o desamparo, o anseio, a emancipação, o alívio, o estarecimento, entre outros. Há ainda sensações físicas relatadas no processo de luto, tais como: as sensações de vazio no estômago, aperto no coração, nó na garganta, hipersensibilidade ao barulho, sensação de despersonalização, falta de ar, fraqueza muscular, falta de energia, boca seca e outros. (BROMBERG, 2000)

O autor ainda afirma que em relação às alterações cognitivas podemos citar a preocupação de como recuperar a pessoa perdida, confusão de idéias, sensação de presença, alucinações tanto do tipo visual como auditivas.

Stroebe e Stroebe (1987) apud Bromberg (2000) citam outros sintomas que são frequentemente encontrados em pessoas enlutadas. Os autores os dividem para análise em cinco categorias:

- Sintomas afetivos como depressão, ansiedade, culpa, raiva e hostilidade, falta de prazer, solidão;
- Manifestações do comportamento como agitação, fadiga e choro;
- Atitudes em relação a si, ao falecido e ao ambiente como desamparo, suspeita, auto-reprovação, baixa auto-estima, problemas de relacionamentos interpessoais e anseio, imitação, idealização, imagens, lembranças e sentimentos de ambivalência relativos ao falecido;
- Deteriorização cognitiva como lentificação do pensamento e da concentração; e mudanças fisiológicas e queixas somáticas como perda do apetite, distúrbios do sono, perda de energia, queixas somáticas (vômito, dores de cabeça, náuseas, respiração curta, prisão de ventre, sensação de vazio no estômago, palpitações, entre outras), aparecimento de sintomas similares aos do falecido, aumento no uso de psicotrópicos, bebidas alcoólicas e de fumo e suscetibilidade a doenças particularmente relacionadas a processo de infecções e relacionadas ao estresse.

Estas reações de rompimento do comportamento de apego são tão profundas que afetam as emoções, o corpo e a vida como um todo e podem se estender por um longo período de tempo.

Bromberg (2000) cita vários autores, dentre eles Bowlby (1981), Gorer (1965) e Parkes (1986), que aprofundaram seus estudos em relação a avaliação do enlutamento, onde passaram a definir características encontradas no luto como base para auxiliar no diagnóstico de lutos patológicos. Tais características são descritas através de fases, podendo variar de três a cinco fases. Para a autora, estas fases estão definidas como sendo: Primeira fase: Entorpecimento; Segunda Fase: Anseio e Protesto; Terceira Fase: Desespero; Quarta Fase: Recuperação e Restituição. Vale ainda ressaltar que estas fases não são objetivamente definidas por períodos exatos nem necessariamente todos serão vivenciados. A classificação em fases, sugeridos pela autora, é no sentido de clarear didaticamente os momentos do enlutamento, buscando assim identificar quais características podem ser consideradas aceitáveis em um processo saudável de perda. Neste sentido, é fundamental falar do quanto é importante para profissionais da saúde conhecerem estas fases no sentido de não confundi-las com a depressão simplesmente, bem como terem uma escuta sensível e que analisem as questões relacionadas ao tempo e ao contexto.

Segundo Bromberg (2000), para o profissional da área de saúde, principalmente o psicólogo que busca avaliar a condição de luto na família, o conhecimento das fases permite fornecer as bases para lidar produtivamente com os recursos disponíveis, respeitando, dessa forma, as defesas necessárias a cada uma dessas fases.

Visando o aspecto preventivo de um processo de enlutamento patológico, a tomada de consciência das limitações e potencialidades para que se viva melhor e com mais qualidade, buscando viver cada dia como se fosse o último antes da confirmação da mortalidade é uma das formas de buscarmos recursos internos para o momento de enfrentamento diante de uma partida. Por isso, é importante a consciência de que a morte física será a última, mas todos os dias acontecem mortes parciais ou totais nas áreas somáticas, mental e social.

É neste sentido que podemos exemplificar o pesar na primeira e na segunda infância. As crianças pequenas não têm o conceito de morte formado, e a sensação que uma separação pode causar é tão dolorosa e angustiante quando a sensação de perda.

Segundo Bowlby (2004), o sentimento de desamparo e sensação de morte de crianças pequenas separadas de suas mães é muito próximo dos relatos de adultos quando estão falando de

perda significativa. Quando uma criança é retirada dos cuidados maternos nessa idade, estando ela possessiva e apaixonadamente apegada à mãe, separá-la da mãe é como se o seu “mundo desabasse”. Dada sua frustração e saudade, poderá esta criança ficar desesperada de dor, posto que sua intensa necessidade da mãe permanece insatisfeita. Da mesma forma que o adulto, a criança fica esmagada de dor quando perde pela morte um ente amado. A criança não conhece o que seja a morte, mas apenas a ausência já é por si um sentimento de perda esmagador para a criança. Para termos uma idéia da intensidade dessa dor e aflição, o autor sugere que seria necessário fazermos um exercício da imaginação, nos colocando no lugar da criança.

É nesta ótica que podemos começar a refletir sobre o quanto os conceitos de perda, tristeza e morte estão entrelaçados. Desde muito pequeno, o ser humano vivencia a angústia e o medo da perda e mesmo assim, tentamos a todo o momento recalcar estas sensações, podendo levar a um luto mal elaborado.

Acerca disso, Kovács (1992, p.102) afirma que não é rara a ocorrência de lutos mal elaborados, com manifestações de sintomas depressivos.

Outro dado que nos revela a frequência desses lutos mal-elaborados, é a verdadeira epidemia de quadros melancólicos (ou depressivos, segundo a classificação psiquiátrica) que assolam os serviços de saúde. Comumente esses sintomas não se manifestam na área mental, mas principalmente na área somática, constituindo-se o que os clínicos e psiquiatras chamam de 'equivalentes depressivos'.

Diante deste quadro, indagamos como elaborar melhor os lutos se constantemente nos deparamos com variados fatores, tais como: a falta de auxílio individual adequado, a falta de rituais que auxiliem na elaboração, fatores socioculturais, a negação da morte, o terror que ela inspira, entre outros. Este é, portanto, para nós um grande desafio!

2.2 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Atualmente a utilização dos testes psicológicos tem demonstrado sua importância no processo de Avaliação Psicológica, onde o profissional utiliza-se de estratégias bem definidas, com objetivos claros, no qual se tentam obter respostas as questões levantadas. O uso de testes

psicológicos é considerado um passo importante do processo de avaliações psicológicas, porém este é apenas um dos recursos que podem ser utilizados nestes processos.

No final do século XIX e início do século XX, foi o marco inicial para a inauguração do uso do instrumento psicológico chamado teste psicológico. Desta época o psicólogo era conhecido como testólogo, o que não é o caso da atualidade.

Mas qual seria então a diferença essencial entre Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico? Esta é uma das dúvidas mais freqüente entre profissionais da área de saúde, além de profissionais que trabalham com testes e instrumentos psicológicos.

Iniciamos por discorrer sobre Psicodiagnóstico. Podemos defini-lo como sendo uma avaliação psicológica de âmbito clínico. Este se caracteriza por ser um processo com papéis bem definidos, no qual a duração de tempo é limitada, cuja investigação destina-se a descrição e compreensão da personalidade do paciente, trabalhando com um raciocínio clínico onde o examinando é analisado de forma dinâmica, não podendo ser descrito apenas como sendo resultado de uma mera aplicação de testes e técnicas psicológicas.

Segundo Trinca (1976) apud Tardivo (1998) ao ser referir às origens do termo nos coloca e explica que a palavra diagnóstico tem origem no grego *diagnōstikós* e quer dizer discernimento, faculdade de conhecer. Se for compreendido dessa forma, o autor afirma que o diagnóstico é inevitável, pois, ao explicitarmos nossa compreensão sobre um determinado fenômeno, estarmos realizando um dos possíveis diagnósticos.

Cunha (2000, p. 23) situa o Psicodiagnóstico como um dos modelos avaliação psicológica, chamando a atenção de que a avaliação psicológica não se esgota no Psicodiagnóstico.

Psicodiagnóstico é uma avaliação psicológica, feita com propósitos clínicos e, portanto, não abrange todos os modelos de avaliação psicológica de diferenças individuais. É um processo que visa a identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, com um foco na existência ou não de psicopatologia. Isso não significa que a classificação psiquiátrica seja um objetivo primordial do psicodiagnóstico, mas sim que, para medir forças e fraquezas no funcionamento psicológico, devem ser considerados como parâmetros os limites da variabilidade.

Ainda segundo Cunha (2000, p. 26), o Psicodiagnóstico tem características peculiares, sendo definido como:

Psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (input), em nível individual ou não, seja para entender problemas a luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (output), na base dos quais são propostas soluções, se for o caso.

O Psicodiagnóstico é considerado um processo científico na medida em que há um levantamento de hipóteses diagnósticas e é limitado no tempo, pois o processo será acordado entre o paciente ou responsável e o profissional, com uma estimativa de tempo pré-estabelecido para o início e o fim do mesmo. Quanto aos objetivos, pode ter um ou vários, dependendo das motivações que o mesmo foi solicitado.

É relevante ressaltar que a avaliação psicológica, assim como o Psicodiagnóstico, não é capaz de dar conta da totalidade do contexto em relação ao diagnóstico da depressão e do luto, mas apresentam-se como um instrumento que, juntamente com outras técnicas e outros profissionais da área da saúde, podem contribuir para que o processo de elaboração do luto possa ser realizado de uma forma mais saudável.

3 METODOLOGIA

3.1 Pressupostos teóricos

Este estudo configura-se como uma pesquisa descritiva, caracterizado como estudo de caso, tendo seu desenho sido delineado de forma a permitir que os dados coletados fossem analisados, segundo a abordagem quali-quantitativa, compreendendo que cada uma dessas dimensões se complementam para melhor compreensão do fenômeno. Na dimensão qualitativa, busca-se nas respostas às questões particulares, compreender aspectos que não podem ser quantificados. Ao passo que, na dimensão quantitativa, analisam-se as respostas padronizadas, com a utilização de tabelas de pontuações. Simultaneamente a apresentação dos dados, os resultados vão sendo discutidos com base na literatura.

3.2 Recursos metodológicos

Neste estudo de caso, que avalia aspectos da personalidade dos sujeitos ou o estado emocional dos sujeitos, foram utilizados cinco os instrumentos utilizados: três testes psicológicos e dois instrumentos clínicos. Os testes psicológicos selecionados foram o teste Palográfico criado por Van Kolck (1974-1975) apud Alves e Esteves (2004), a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN, elaborada por Hutz (2001) e a Técnica Projetiva - HTP, desenvolvida por Buck (2003). Os instrumentos clínicos foram: entrevista de anamnese e procedimento Desenho - Estória com Tema⁵, este último originado do Desenho-Estória⁶, desenvolvido por Walter Trinca em 1972. Todos os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora durante todos os atendimentos coletivos e individuais.

A bateria de testes e instrumentos utilizados pela pesquisadora, incluindo a entrevista, permitiu conhecer algumas características psicológicas que podem ser consideradas como fator indicativo de depressão, além de identificar as variáveis: sexo, idade, escolaridade, situação marital e socioeconômica, profissão, religião, participação em atividades sócio- culturais, história de vida e história familiar e prévia de depressão e/ou outras doenças clínicas com suas respectivas terapêuticas. Na entrevista clínica também foi investigado fatores relacionados às perdas e processos de lutos anteriores e referente ao luto atual que todos estão passando.

A entrevista clínica é considerada por muitos profissionais como um dos instrumentos mais importantes em Psicodiagnóstico. Segundo Cunha (2000), em entrevista clínica é considerado como sendo um conjunto de técnicas de investigação, tendo um tempo delimitado para sua aplicação e devendo ser dirigido por um entrevistador treinado. Ressalta o autor, que o quem a realiza utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, que tem como objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (individual, casal, familiar, rede social). Neste processo, o profissional visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou ainda pode propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas que são entrevistadas.

Já as técnicas projetivas podem ser definidas como sendo instrumentos de investigação que se utiliza do comportamento projetivo do examinando, buscando recursos de

⁵ A forma original do D-E foi "Adaptada por diversos pesquisadores através da definição do tema dos desenhos, essa técnica deu origem ao Procedimento Desenho-Estórias com Tema". (CRUZ, 2006, p. 181)

⁶ "Apesar de alguns autores recomendarem o emprego da palavra história quando se trata de narrativa de ficção, entendemos que o uso consolidou (e justifica) a grafia estória, já incorporada à língua portuguesa". (TRINCA; BARONE, 1996, p. 56).

representação da personalidade do sujeito, com o intuito de detectar componentes das experiências subjetivas do mesmo. Através dos dados colhidos, é possível realizar o estudo psicodinâmico da personalidade, podendo avaliar tanto as características formais quanto as estruturas da personalidade, tentando fazer com que o examinando seja capaz de entrar em contato com as angústias, fantasias dominantes e conteúdos primitivos do inconsciente. . No caso do teste HTP o examinando expressa seus conteúdos através de desenhos específicos solicitados pelo psicólogo (BUCK, 2003).

O teste HTP é um dos testes psicológicos mais utilizados em avaliações da personalidade, por ser capaz de dar indícios significativos dos aspectos da personalidade, uma vez que se utiliza das projeções realizadas pelo examinando através das impressões deixadas nas folhas de papel; casa, árvore e pessoa. O uso projetivo dos desenhos pode ser visto como uma amostra inicial de comportamento que possibilita ao psicólogo clínico o acesso às reações do indivíduo a uma situação consideravelmente não estruturada.

De acordo com Manual e Guia de Interpretação do HTP (BUCK, 2003, p.1), o teste “estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica, permitindo que eles sejam identificados com o propósito de avaliação e usados para o estabelecimento de comunicação terapêutica efetiva”.

O autor afirma ainda que

[...] o desenvolvimento da técnica do HTP é semelhante ao das outras técnicas projetivas nas quais foi baseada sobre a suposição de que o desenho do indivíduo inclui aspectos de seu mundo interno. As forças ou fraquezas da personalidade que o indivíduo mostra envolvem o grau em que seus recursos internos podem ser mobilizados para lidar com os conflitos psicodinâmicos. (BUCK, 2003, p. 143).

Dentre os vários aspectos possíveis de serem avaliados, a pesquisa se propôs a investigar através do instrumento acima citado, alguns fatores indicativos de depressão. Os aspectos escolhidos foram selecionados a partir de pesquisas anteriores tais como a de Mursell (1969) apud Buck (2003) que enfatiza que as tendências depressivas podem ser identificadas através da localização inferior do desenho na página. Também em relação à depressão, Buck (1966), Exner (1962) e WolK (1969) apud Buck (2003) consideram que é possível identificar indícios através do sombreamento excessivo dos desenhos.

Tomando como base as considerações acima citados, os aspectos focados nesta pesquisa foram à localização e o sombreamento, buscando verificar quais sujeitos apresenta em

seus desenhos (casa-árvore-pessoa) o sombreamento excessivo e o desenho disposto na localização inferior, aspectos estes considerados indicadores de depressão.

O teste HTP foi incluído na bateria de testes utilizados nesta pesquisa por se tratar de mais instrumento utilizado há mais de 50 anos na avaliação das características de personalidade (BUCK, 2003, p. 1).

Para a aplicação da técnica projetiva Desenho – Estória com Tema, os temas específicos são propostos de maneira explícita. O examinando é convidado a desenhar algum tema que psicólogo ou outro profissional qualificado indica de antemão. Depois, pede-se que conte uma estória relacionada ao desenho, com o objetivo de investigar os conteúdos psicodinâmicos da personalidade, que abrangem especialmente os processos de natureza inconsciente.

O Procedimento Desenho - Estória com Tema, é, pois, uma técnica de investigação que possibilita, a partir de informações oriundas de técnicas gráficas e temáticas, apreender aspectos do comportamento emocional, sendo utilizado em diversas áreas, particularmente na clínica. É importante destacar que o DE com Tema não é um instrumento de uso exclusivo do psicólogo uma vez que não se enquadra nos padrões normativos dos testes psicológicos.

A escala utilizada no Psicodiagnóstico foi a EFN, que é um instrumento que utilizado na avaliação de uma dimensão da personalidade humana, denominada Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/ Neuroticismo, no modelo dos cinco grandes fatores (MC CRAE E COSTA, 1997; HUTZ, NUNES, SERRA, SILVEIRA, ANTON, E WIECZOREK, 1998 apud HUTZ, 2001). O objetivo da escala é avaliar a personalidade humana a partir de traços de personalidade em sua descrição na linguagem natural, com base na hipótese léxica (GOLDBERG, 1981 apud HUTZ, 2001).

O uso desta escala justifica-se por se tratar de um instrumento psicológico no formado de escala que avalia quatro fatores: vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão. Através de uma escala de pontos brutos obtidos, estes são convertidos em pontos percentis e através destes é possível se chegar a uma classificação de comprometimento psicológico ou não. Dos quatro fatores que a escala se propõe a avaliar, o fator N4 destina-se a avaliar especificamente a depressão, sendo, portanto este fator indicativo de depressão o que interessa para esta pesquisa.

O Fator N ou também denominado de Neuroticismo, refere-se ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional e representa as diferenças individuais que ocorrem quando pessoas experienciam padrões emocionais associados a um desconforto psicológico e as habilidades cognitivas e comportamentais decorrentes. Neste sentido, um escore alto de Neuroticismo está associado a indivíduos propensos a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional, podendo, portanto expressá-lo de forma inadequada. Porém, é importante ressaltar que tanto os níveis elevados como também os níveis baixos podem ser indicadores de problemas. A interpretação dos dados colhidos precisa serem realizada por profissionais experientes em testes psicológicos, para que a análise não seja feita de forma simplista e/ou equivocada.

Na versão da escala EFN apresentada por Hutz (2001, p. 11), o teste é composto de 82 itens em quatro sub-escalas: escala de vulnerabilidade (23 itens); escala de desajustamento psicossocial (14 itens); escala de ansiedade (25 itens) e escala de depressão (20 itens).

A interpretação dos dados colhidos em cada escala ajuda o profissional da área a fazer a elaboração de hipóteses sobre a natureza psicológica das pessoas avaliadas. Segundo Hutz (2001, p.39) “essas hipóteses devem ser complementadas a partir da realização de entrevistas, do levantamento das condições sócio-econômicas e culturais dos respondentes, dentro de um processo mais amplo, de Avaliação Psicológica”.

Para a realização desta pesquisa, as investigações voltaram-se para a escala de depressão. De acordo com Hutz (2008)¹, foi estipulado que o ponto de corte de identificação para fator indicativo de depressão seria percentil 75 para os sujeitos que não faziam uso de medicação. Dentro desta perspectiva, sujeitos que apresentaram percentil igual ou maior que 75 sub-escala de depressão do teste acima citado, são considerados pessoas com indicativo de depressão.

Por último, como coadjuvante na avaliação da personalidade utilizamos o teste Palográfico, que pode ser definido um teste expressivo de personalidade, onde, através de uma tarefa cada pessoa analisa realiza a situação de maneira característica e individual e emprega o material ou organiza a situação de modo diferente, como exemplos, podem citar os padrões de movimentos, o ritmo, os gestos, entre outras. Assim, é possível avaliar características de personalidade através de forma como o sujeito se comporta diante de determinada tarefa solicitada a ele (ALVES; ESTEVES, 2004, p. 23).

¹ Mensagem pelo autor enviada por endereço eletrônico claudio.hutz@terra.com.br em 07/04/2008.

Considerando que esta pesquisa se propõe a investigar através do teste Palográfico alguns fatores indicativos de depressão, tomamos como referência para análise: a direção das linhas, o tamanho dos palos, o gráfico de rendimentos e a qualidade do traçado.

Segundo Hugnes (2001) apud Alves e Esteves (2004, p. 40) “a direção das linhas simboliza estados de ânimo, que podem ser momentâneos ou doradouros”. Neste sentido, linhas descendentes podem indicar estado de fadiga, abatimento e estado de depressão.

Levando em consideração esta linha de raciocínio, quando o gráfico de rendimento é descendente em relação aos tempos de execução do teste (um total de cinco tempos), pode-se inferir indicativo de depressão (MINICUCCI, 1997 apud ALVES; ESTEVES, 2004).

Quanto ao tamanho dos palos, Minicucci (2002) apud Alves e Esteves (2004), assinala como indicativo de depressão, o tamanho muito diminuído destes, bem como o traçado frouxo, curvo ou brando.

É importante ressaltar que todos os recursos metodológicos acima descritos baseiam-se em pesquisas científicas e estão autorizados para a realização de pesquisa através dos manuais de aplicação autorizados pelo Conselho Federal de Psicologia, através da resolução do CFP N° 006/2004, Art.1- alterar o Art. 14 da Resolução N° 002/2003 que passa a ter a seguinte redação: “Art.14- os dados empíricos das propriedades de um teste psicológico devem ser revisados periodicamente, não podendo o intervalo entre um estudo e outro ultrapassar 15 (quinze) anos, para os dados referentes à padronização e 20 (vinte) anos, para os dados referentes à validade e precisão” (BRASIL, 2004).

3.3 População e Amostra

Para Gualda (2003) apud Lima (2006) os sujeitos são definidos como pessoas comuns, com conhecimento comum, que constroem sua própria experiência e se dispõem a prestar informações.

É importante ressaltar que todos os sujeitos desta pesquisa fazem parte de uma mesma família. A relevância se justifica pelo fato de que a proposta de investigação se faz a

respeito do processo de luto que os mesmos estão enfrentando, uma vez que todos estão passando pela dor de ter perdido uma irmã por consequência de complicações clínicas decorrente de uma doença terminal - câncer de intestino.

A população do estudo compreendeu 10 irmãos enlutados de uma mesma família (9 do sexo feminino e 1 do sexo masculino). Como critérios para escolha de amostra: ser do sexo feminino; ter como grau de parentesco como irmã da pessoa falecida na família; que comparecesse na clínica no período de junho de 2007 e que quisessem de forma voluntária participar da pesquisa. O convite foi feito, partindo de um primeiro contato com uma pessoa enlutada desta família enlutada para, em seguida, ser o convite à participação extensivo ao restante dos sujeitos. Das 9 irmãs, comparecem 7 no período estipulado para coleta de dados.

3.4 Dinâmica da coleta de dados

Os sujeitos foram submetidos a todas as etapas necessárias para um processo de um Psicodiagnóstico: no primeiro momento ocorreu a formulação das perguntas básicas, também chamada de hipóteses diagnósticas: depressão ou processo normal de luto; depois foi estabelecido o contrato psicológico na qual envolve um comprometimento de ambas as partes, onde foi preciso estabelecer o cumprimento de obrigações formais como o compromisso com o horário agendado; num outro momento ocorreu a aplicação dos instrumentos utilizados a partir da interação do profissional e os examinandos, de acordo com o manejo clínico apropriado

Para aplicação dos procedimentos, foram realizadas sessões individuais e coletivas com todos os sujeitos. Os testes psicológicos foram aplicados em grupo e as entrevistas clínicas foram realizadas em sessões individuais.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados no dia da sessão inicial de forma coletiva, em dois grupos, sendo primeiramente aplicados o teste Palográfico, HTP, EFN e Desenho - Estória com Tema. Em outro momento, foi realizada uma entrevista clínica da forma individual.

Os sujeitos foram convidados a realizar três desenhos com temas. O primeiro desenho proposto pela psicóloga foi “desenhem uma pessoa doente”; o segundo foi “desenhem uma

pessoa em fase terminal” e por último foi solicitado: “desenhem uma pessoa enlutada”. Com o intuito de suscitar demandas relacionadas ao processo de luto dos sujeitos participantes, os três desenhos estão relacionados com a morte de uma irmã em comum a todos os avaliados. A mesma morreu por ocasião de uma doença terminal - câncer de intestino. Portanto, a idéia foi trazer todos os conteúdos simbólicos relacionados com o processo de luto dos sujeitos implicados nesta pesquisa.

Em relação à coleta de dados, convém finalmente ressaltar que, em virtude da nossa atuação profissional, durante todo o período da realização do Psicodiagnóstico, tentamos manter um vínculo de relação de confiança com todos os sujeitos que participaram desta pesquisa, fator favorável para que estes pudessem expor aspectos de sua subjetividade através do simbólico e do diálogo pautado no respeito e na escuta sensível, condição essencial para quem tem muito a apreender e compreender acerca de pessoas enlutadas.

3.5 Cenário e Caracterização do local

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Fortaleza - Ceará, na área de abrangência de uma Clínica de Psicologia, cujo público atendido é proveniente de uma parcela da população com médio e alto poder aquisitivo, com condições de remuneração à prestação de serviço, uma vez que a instituição não dispõe de convênios/parcerias com planos de saúde.

A clínica tem 44 metros quadrados e é dividido em três ambientes: duas salas amplas de atendimentos e uma recepção com banheiro e bebedouro. A recepção é composta de televisão e som ambiente para dar privacidade aos atendimentos. As salas de atendimento são divididas em sala de aplicação de testes psicológicos e sala de psicoterapia.

A escolha desta instituição foi motivada pelo fato da pesquisadora ser a responsável legal pela mesma e esta ser uma clínica voltada para atendimentos especializados como o serviço de psicodiagnóstico, tendo, portanto, o acesso facilitado ao campo de pesquisa para a coleta de dados, bem como por entendemos que, ao realizarmos pesquisa na nossa área de atuação, estaríamos contribuindo de alguma forma para a melhoria do serviço de saúde dos pacientes que são acompanhados nesta instituição.

3.6 Análise de dados

Neste estudo de caso, apresentamos os dados e a análise de sete casos clínicos, todos de uma mesma família, vivenciando a experiência de perda recente de parente próximo.

Para apresentar os resultados e a discussão dos dados, optamos por dividir em dois tópicos: o primeiro com dados referentes aos aspectos sociodemográficos e o segundo acerca dos instrumentos de um Psicodiagnóstico (Teste Palográfico, HTP e Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN). Neste último tópico, optamos por apresentar separadamente os resultados de cada um dos testes para em seguida elaborarmos uma síntese. Para finalizar, apresentamos o DE com tema, que para análise foi subsídio com os relatos colhidos na entrevista.

Na pesquisa realizada, foram elaborados 3 (três) gráficos e 5 (cinco) tabelas com o objetivo de facilitar a análise dos dados colhidos, divididas em: Tabela I – Distribuição dos sujeitos, segundo faixa etária; Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos, segundo o número de filhos; Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos, segundo a situação marital; Tabela II– Distribuição dos sujeitos, segundo a renda individual, Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos, segundo profissão, Tabela III– Distribuição dos sujeitos, segundo a escolaridade e profissão, Tabela IV– Distribuição dos sujeitos, segundo a raça auto-referida, Tabela V– Resultados referentes aos instrumentos psicológicos utilizados na análise de fatores indicativos de depressão.

Também foram inseridas 7 (sete) figuras realizadas através da aplicação da técnica DE com tema com o objetivo de analisar os fatores indicativos do processo de luto, divididas em: Figura 1 – Figura e Desenho-Estória do sujeito 1; Figura 2 – Figura e Desenho-Estória do sujeito 2; Figura 3 – Figura e Desenho-Estória do sujeito 3; Figura 4 – Figura e Desenho-Estória do sujeito 4; Figura 5 – Figura e Desenho-Estória do sujeito 5; Figura 6 – Figura e Desenho-Estória do sujeito 6; Figura 7 – Figura e Desenho-Estória do sujeito 7.

Apesar de terem sido realizados três desenhos, foram desconsiderados para análise os dados colhidos nos dois primeiros desenhos (do desenho de uma pessoa doente e de uma pessoa em fase terminal), uma vez que estes tinham a finalidade de tentar trazer os conteúdos relacionados com a morte da irmã falecida, isto é, abordar a temática de forma gradual, para não

suscitar resistências. A escolha, então, para análise do terceiro desenho deve ao fato deste trazer a tona aspectos relacionados ao luto. .

Finalmente, após análise do material foi possível traçar estratégias de avaliação através dos dados colhidos em todas as etapas acima citadas.

3.7 Ética e pesquisa

Inicialmente no projeto, os sujeitos participantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Uma vez que aceitaram participar do projeto, foram então lidos e esclarecidos os objetivos e procedimentos, bem como garantido o anonimato das participantes, conforme preconiza a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que versa sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade.

Somente após a assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido pelas participantes, procedemos com a coleta de dados, aplicando os testes psicológicos e os outros instrumentos de investigação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de uma mesma família, composta de 10 mulheres e um homem, tendo passado por processo de perda recente de uma das irmãs. Vale salientar que, para os dias atuais é considerada uma família grande, pois além dos membros de parentescos diretos (pai e mãe, já falecidos), conta com 33 sobrinhos e atualmente com 12 sobrinhos-netos (3ª geração), além de 11 parentes agregados (cunhados e cunhada, dentre estes, dois falecidos). Os dados obtidos através dos procedimentos utilizados no Psicodiagnóstico foram aplicados em 7 (sete) das irmãs, sendo excluídas duas irmãs (a mais nova e outra que mora em outro estado) e o irmão. As examinandas foram avaliadas no segundo mês após a perda, isto é, durante o processo de elaboração do luto, sendo identificadas como Sujeito de 1 até 7, denominadas simplesmente como S1, S2, S3, S4, S5, S6 e S7.

4.1 Caracterização Sócio - econômico e demográfica dos Sujeitos

A caracterização sócio-demográfica dos sujeitos abrange aspectos relacionados à faixa etária, escolaridade, profissão, situação marital, quantidade de filhos, raça, religião e renda.

TABELA 1 - Distribuição das participantes, segundo a faixa etária. Fortaleza, 2007

IDADE	Nº
45-49 ANOS	2
50-54 ANOS	3
55-59 ANOS	-
60-64 ANOS	1
≥65 ANOS	1
Total	7

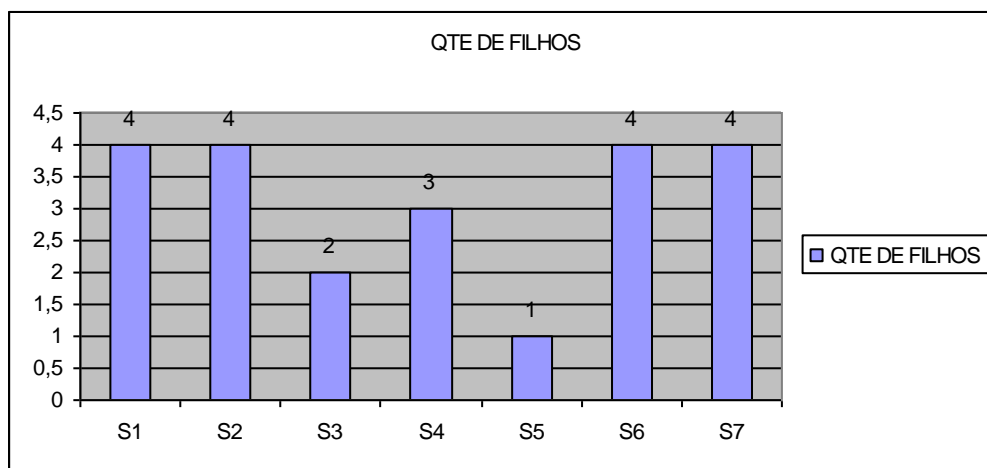
Fonte: Pesquisa direta

Dos participantes da pesquisa, todas são do sexo feminino, estando duas incluídas na faixa etária entre 45 a 49 anos, três estão com idade entre 50 a 54 anos, uma com idade entre 55 e 59 anos, uma na faixa de 60 a 64 anos e uma insere-se na faixa de igual ou maior a 65 anos. Portanto, dois dos membros já são idosos, porém "jovens", de acordo com a classificação de

Veras (1994) apud Fernandes et al (2003), que considera que pessoas na faixa etária entre 60 e 69 anos são considerados "idosos jovens".

Vale ressaltar que, esta família passou, apesar de numerosa e já estarem sete dos membros fraternos (irmãos e irmãs) na fase de adultos na maturidade (quatro estão com mais de 50 anos e já três já contam mais de 60 anos), por cinco processos de luto, decorrentes de perda de parentes próximos (pai, mãe, uma irmã e dois cunhados), sendo o intervalo entre os dois primeiros e os três últimos, decorridos quase 20 anos. Outra especificidade é que entre os sujeitos é o primeiro processo de luto decorrente de perda de um dos membros fraternos.

GRÁFICO 2: Distribuição dos participantes, segundo o número de filhos. Fortaleza, 2007



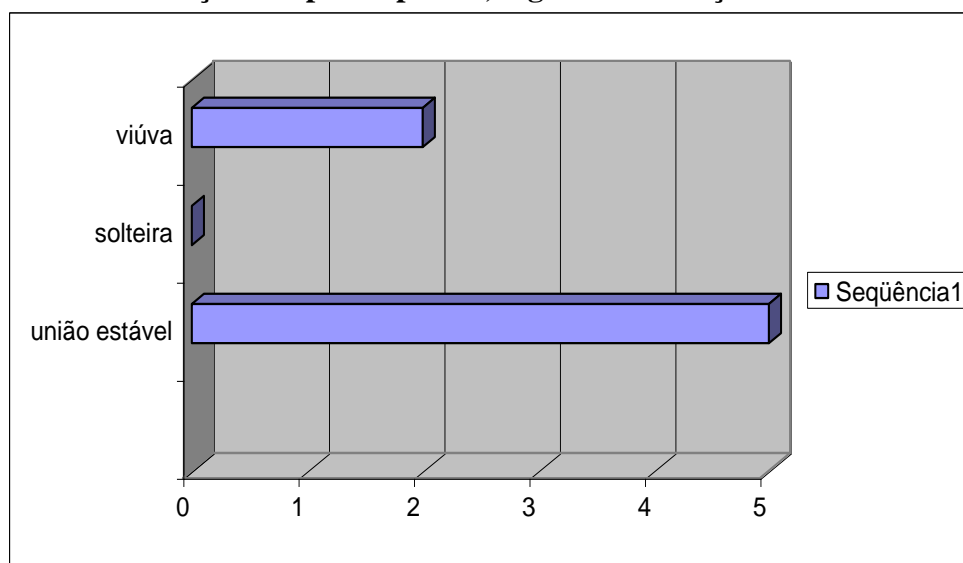
Fonte: Pesquisa direta

Como foi referido anteriormente, as participantes são provenientes de uma família numerosa. Neste sentido, percebe-se que quatro das mulheres têm quatro filhos, uma tem três filhos, outra tem dois filhos e apenas uma com apenas um filho. As idades dos filhos variam entre 40 anos a 17 anos.

Segundo relato de uma das participantes, para os seus filhos, a perda recente da irmã (no caso, tia dos seus filhos) significou a perda da primeira tia materna, considerada uma pessoa "bastante próxima e que congregava a todos da família, independente de idade" (S7). Por ocasião das perdas de familiares em épocas anteriores (as duas primeiras perdas decorrem 24 anos da última), maioria dos filhos/sobrinhos eram crianças ou muito jovens, tendo sido esta perda uma das que causou maior impacto, tendo sido "um grande choque" (S7). Para alguns deles,

principalmente os adolescentes, foi à primeira experiência de acompanharem o processo da doença e de estarem participando dos rituais funerários. Tal aspecto acentua o que vem sendo posto na literatura acerca do pouco que se aborda sobre morte nas famílias, principalmente com jovens e crianças (MELO, 2008; KÜBLER-ROSS, 1998), o que dificulta o processo de elaboração do luto. Vale ressaltar que esta família vivenciou o que hoje se chama de "rituais institucionalizados", que tem sido muito comum nas sociedades capitalistas ocidentais, quando as famílias não mais assumem os rituais com seus entes.

GRÁFICO 2: Distribuição das participantes, segundo a situação marital. Fortaleza, 2007



Fonte: Pesquisa direta

Analisando a situação marital, constatou-se que duas são viúvas e cinco vivenciando períodos que variam entre 15 e 47 anos de união estável. Entre as viúvas, uma era oficialmente casada e outra uma relação de convivência por mais de 10 anos como companheira em uma segunda relação marital. Visto que se tratava de relação estável, incluímos esta participante na categoria de viúva. Um dado que se pode agregar a esta discussão é o fato de que as viúvas são em maior número, tanto se considerarmos dados mundiais ou nacionais. Tal fato deve ao processo de envelhecimento do nosso país ou maior número de morte entre os homens, principalmente por mortes violentas.

Um aspecto que merece destaque é o fato de que as participantes viúvas, após as perdas dos esposos, foram diagnosticadas portadoras de câncer. A viúva, que atualmente idosa,

teve o esposo também portador de câncer. Tal fato poderá impactar na forma de enfrentamento do último processo de elaboração do luto, dado a semelhança do diagnóstico de cada uma delas, de um dos esposos falecidos e da irmã que faleceu pela qual vivenciam o processo de luto recente.

No que se refere aos processos de luto, as duas viúvas vivenciaram por mais vezes a perda de entes próximos (pai, mãe, maridos e irmã), tendo exatamente a mais idosa de todas vivenciado ainda a perda da única filha mulher aos seis meses de gestação (aborto espontâneo).

TABELA 2 - Distribuição das participantes, segundo a renda individual. Fortaleza, 2007

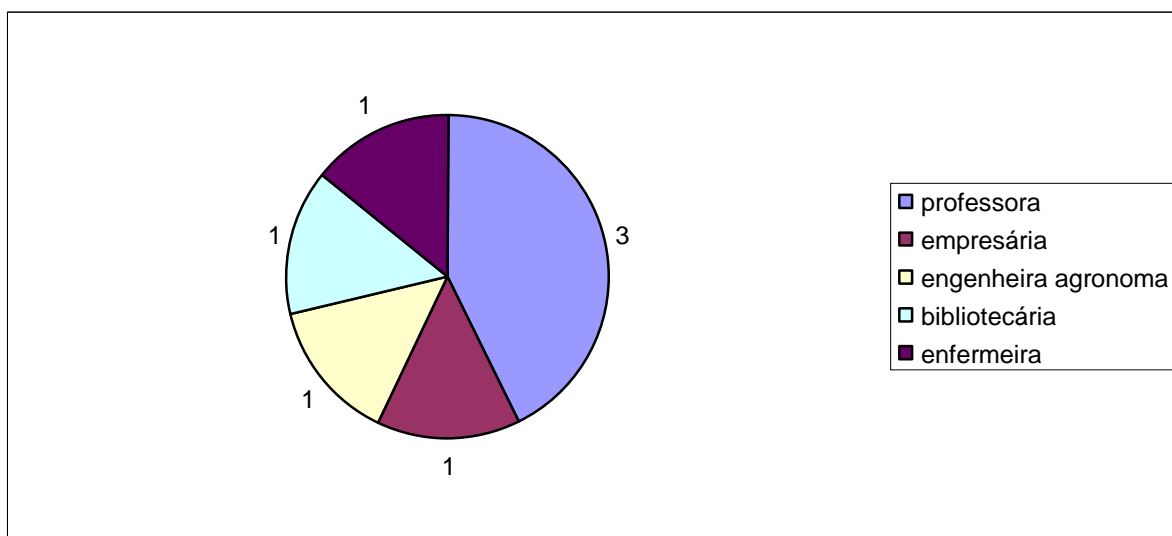
RENDA	Nº
de 1 a 5 salários mínimos	3
de 6 a 10 salários mínimos	2
de 10 a 15 salários mínimos	2
Total	7

Fonte: Pesquisa direta

Quanto à renda, podemos constatar que há dois extremos. Em um deles, encontram-se renda de até 5 salários mínimos e no outro extremo, está aquela com salários maiores que vão até 15 salários mínimos, sendo constituído por quem exerce atividade no serviço público federal. Vale ressaltar que, consideramos a renda individual e não a renda familiar, isto é, não foram consideradas rendas dos esposos e filhos, o que talvez colocaria a renda em patamares mais elevados. Ressaltamos que, se considerarmos os níveis de renda salarial individual, por si só, podemos inferir um razoável poder aquisitivo e certa independência econômica para a maioria dessas mulheres.

Acredita-se que o nível salarial informado está associado do nível de escolaridade, uma vez que os mais elevados são decorrentes do nível de escolaridade mais elevado, o que supostamente facilitaria a inserção no mercado de trabalho através de concursos de provas e títulos, já que das sete, cinco são funcionárias públicas nas três esferas de governo.

GRÁFICO 1: Distribuição das participantes, segundo a profissão. Fortaleza, 2007



Fonte: Pesquisa Direta

Quanto à questão da profissão, três das participantes são professoras. Incluídas neste grupo estão duas que são aposentadas, sendo que uma delas por ter um cargo técnico e outro cargo de professora, teve direito a duas aposentadorias. Estas duas aposentadas são também viúvas, conseqüentemente, ambas tem, além do salário da aposentadoria, o benefício da Previdência Social como pensionistas. A outra professora tem ainda um cargo técnico na área de educação.

Analisando a questão dos níveis de carreiras na profissão docente, uma tem habilitação para o magistério em nível médio, antigo curso Normal e duas com habilitação no ensino superior, sendo uma com especialização e outra com mestrado. Se fizermos uma relação com as questões econômicas e financeiras, as três percebem mais de um provento, seja por terem dois cargos ou por benefícios da Previdência (aposentadoria e pensão). Isso nos leva a inferir que mesmo viúvas, o padrão de vida não sofre alterações significativas.

Considerando a relação entre o processo de elaboração de luto, é possível que estas três professoras não exerciam atividades profissionais diretamente relacionadas à morte,

diferentemente de quem exerce atividades na área da saúde. No entanto, as duas professoras aposentadas poderão ter tido mais tempo para se prepararem para o luto na medida em que estiveram mais próximas, acompanhando todo o processo de adoecimento e morte. Se considerarmos a questão de tempo disponível, não necessariamente quer dizer que maior tempo para elaborar o luto signifique estar mais preparada, pois depende da disposição interna, inclusive para acompanhar o processo no período da doença. Quanto à professora que ainda exerce suas atividades em dois cargos, tendo carga horária diária de 12 horas (três expedientes), é possível que o pouco tempo para acompanhar o processo da doença tenha influenciado para ter mais dificuldades para melhor vivenciar este processo.

Quanto às outras quatro participantes, temos uma em cada profissão: empresária, engenheira agrônoma, bibliotecária e enfermeira. Destas, somente esta última exerce atividades em que, cotidianamente lida com a vida e com a morte, uma vez que trabalha em hospital público da rede estadual, na mesma instituição de seu ente falecido. Das três primeiras destas quatro, a que é empresária encontra-se em situação de trabalho estressante, dado que necessita gerir com marido e filhos uma empresa familiar, ao passo que as demais residem e exercem suas atividades fora do estado do Ceará. A falta de tempo da empresária e seus familiares para conviver e elaborar o processo de perda pode ter sido negativamente influenciado por este fator. O fato das duas outras, engenheira agrônoma e bibliotecária, morarem fora, pode ter influenciado no processo de elaboração do luto, na medida em que se mantinham distantes do processo de avanço da doença, podendo, no entanto, ter sido maior o impacto da notícia do desfecho final.

Tabela 3 - Distribuição das participantes, segundo a escolaridade e profissão. Fortaleza, 2007

ESCOLARIDADE	Nº	PROFISSÃO	Nº
Ensino médio	1	Professora	1
Graduação	2	Bibliotecária	1
		Designer de Interiores	1
Pós-graduação em nível de especialização	1	Professora	1
Pós-graduação em nível de mestrado	3	Professora	1
		Enfermeira	1
		Engenheira Agrônoma	1
Total	7	Total	7

Fonte: Pesquisa direta

Em relação à escolaridade, os dados revelam que uma concluiu o ensino médio, antigo curso Normal para formação de professora, uma das poucas profissões culturalmente exercidas pelas mulheres de sua geração; o restante, isto é, seis participantes concluíram o ensino superior, sendo que duas concluíram somente com curso de graduação, nos cursos de Biblioteconomia e Designer de Interior (esta exercendo atividade em negócio próprio - empresária); duas com formação em cursos de pós-graduação em nível de especialização na área do magistério e três em nível de mestrado (uma professora, uma enfermeira e uma engenheira agrônoma).

Vale salientar que, para a geração desses membros, composto só de mulheres (inclusive com origem familiar basicamente de mulheres), percebe-se que a maioria tem um nível de escolaridade elevado, considerando, entre outros aspectos que seis delas estão no exercício profissional em atividades culturalmente femininas: magistério (três professoras); área da saúde (Enfermagem) e uma como designer de interior (voltada para decoração de interiores). Lembramos que, para as jovens mulheres da geração anterior a década de 60, a formação era voltada, na sua maioria, para magistério ou para as atividades domésticas (prendas do lar) e que somente uma delas fez opção por profissão que culturalmente é mais comum ao sexo masculino (Agronomia).

TABELA 4- Distribuição dos sujeitos, segundo a raça auto-referida. Fortaleza, 2007

RAÇA AUTO-REFERIDA	N.º
Branca	2
Preta	3
Parda	2
Total	7

Fonte: Pesquisa direta.

Quanto à raça, a maioria se autodenominou preta (n=3), apesar de que verbalmente se consideram "morenas"; seguido da raça branca e parda, cada uma referida por duas participantes. Vale ressaltar que, que apesar de pertencerem a uma mesma descendência, consta à autodenominação de três raças, justificado pelo fato do pai ter sido apontado por uma das participantes como sendo pardo e mãe branca.

Em relação à religião todas afirmaram professarem a fé católica, no entanto nem todas se consideraram 100% praticantes. Entre elas, uma presta serviço à igreja como "Ministra da Eucaristia", sendo está a que passou por mais vezes por processo de lutos, bem como tem saúde precária.

4.2. Caracterização dos sujeitos

Sujeito 1 (S1) - sexo feminino, 60 anos, concluiu graduação em Enfermagem e pós - graduação em nível de mestrado na área de Saúde Coletiva, mãe de quatro filhos e com 3 netos, casada há 41 anos, natural de Fortaleza, estado do Ceará. Trabalha em hospital da rede pública estadual.

Sujeito 2 (S2) - sexo feminino, 46 anos, nível superior com pós-graduação em nível de mestrado na área de Educação, mãe de quatro filhos e tendo um neto, casada há 30 anos, natural de Fortaleza, estado do Ceará. Trabalha na Prefeitura de Fortaleza, na Secretaria de Educação, exercendo atividades como professora e como Técnica em Educação.

Sujeito 3 (S3) - sexo feminino, 63 anos, nível médio, professora da rede pública municipal e funcionária pública federal, de ambos os cargos aposentada, mãe de quatro filhos e com 4 netos, foi casada por mais de 32 anos e viúva há 7 anos. Natural de Fortaleza, estado do Ceará.

Sujeito 4 (S4) - sexo feminino, 55 anos, nível superior em Engenharia Agrônômica, com pós-graduação em nível de mestrado, mãe de três filhos, casada há 30 anos, natural de Fortaleza, estado do Ceará. Trabalha na administração direta do governo federal, exercendo a função de fiscal agropecuário. Reside fora do estado do Ceará.

Sujeito 5 (S5) - sexo feminino, 48 anos, nível superior em Designer de Interior, exercendo suas atividades em negócio próprio, mãe de quatro filhos, tendo um neto, casada há 30 nos, natural de Fortaleza, estado do Ceará.

Sujeito 6 (S6) - sexo feminino, 57 anos, nível superior com graduação no curso de Biblioteconomia, mãe de dois filhos, casada há 33 anos, natural de Fortaleza, estado do Ceará. Trabalha na administração indireta, em autarquia do governo federal, residente fora do estado do Ceará.

Sujeito 7 (S7) - sexo feminino, 53 anos, nível superior com pós-graduação em nível de especialização na área de Educação, mãe de um filho, tendo vivido maritalmente durante 10 anos e tendo essa relação sido rompida com o falecimento do companheiro há 10 anos, natural de Fortaleza, estado do Ceará. Trabalhou durante 25 anos como professora da rede pública estadual, estando no momento afastada para aposentadoria.

4.2.1 Fatores indicativos de depressão dos instrumentos psicológicos

Através das aplicações dos testes Palográfico, EFN e HTP, foi possível a elaboração um quadro de fatores indicativos de depressão dos instrumentos psicológicos utilizados na pesquisa, com o objetivo de facilitar a interpretação dos dados colhidos durante a Avaliação Psicológica. Todas as observações e análise deste quadro de fatores foram feitas sem levar em consideração o processo de luto, tentando objetivar os dados colhidos.

QUADRO 1 - Resultados referentes aos instrumentos psicológicos utilizados na análise de fatores indicativos de depressão. Fortaleza, 2007

INSTRUMENTOS UTILIZADOS	FATORES AVALIADOS	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
HTP	Localização do desenho							
HTP	Sombreamento			X	X		X	
PALOGRAFICO	Direção das linhas			X	X	X	X	X

PALOGRÁFICO	Qualidade do traçado							
PALOGRÁFICO	Tamanho dos palos							
PALOGRÁFICO	Gráfico							
EFN	Depressão		X			X		

Fonte: Pesquisa Direta

No Teste HTP, foram selecionados dois fatores indicativos de depressão; a localização e o sombreamento dos desenhos. Analisando os resultados do Teste HTP, constatamos que dos sete casos, três deles (S3, S4, S5) evidenciam dificuldades emocionais que podem estar relacionadas com a depressão.

Outro aspecto observado é de que em todos os sujeitos avaliados há sinais de dificuldades emocionais relacionados a outros fatores que não necessariamente estão relacionados à depressão.

No manual do Teste Palográfico (ALVES; ESTEVES, 2004), autorizado pelo Conselho Federal de Psicologia, os responsáveis técnicos, afirmam que alguns fatores encontrados no teste podem ser indicativos de depressão, como a presença de linhas descendentes, principalmente as que se tornam mais significativas no último tempo; traços brandos, frouxos, vacilantes; e diminuição de tamanho dos palos.

Para esta pesquisa, no teste Palográfico foram escolhidos 04 (quatro) fatores de personalidade que podem ser indicativos de depressão, entre eles: o tamanho dos palos; direção das linhas; qualidade do traçado e gráfico.

Dos sete casos analisados, cinco deles (S3, S4, S5, S6, S7) apresentam fatores indicativos de depressão neste instrumento de investigação.

É importante ressaltar que S4 verbalizou apresentar dificuldades na execução do teste Palográfico. Sobre as observações de seu comportamento durante a aplicação dos testes, S4 se submeteu de maneira desconfortável, alegando dores relacionadas a "bursite", realizando o teste de maneira mais lenta. Apesar disso não demonstrou outras resistências explícitas. Não se negou a realizar nenhum procedimento.

Na Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN foram encontrados os seguintes percentis para o fator depressão (N4): S1 apresentou percentil 65; S2 percentil 85; S3 percentil 55; S4 percentil 30; S5 percentil 95; S6 percentil 25; S7 percentil 65.

Nesta pesquisa o fator indicativo de depressão que foi considerado como percentil alto foi o valor a partir de 75. Esta sugestão foi estipulada por Hutz (2008)² relativa a sujeitos que não estejam sob uso de medicação

Dos sete casos apresentados, dois apresentaram percentis altos para o fator de depressão. Isto pode indicar dificuldades emocionais que vão desde um humor deprimido até transtorno de humor – depressão leve, moderada ou grave³.

Os dois casos que citados acima com percentis altos para depressão, os mesmos apresentaram quadros depressivos anteriores nos relatados em entrevista, podendo caracterizar como um quadro de depressão recorrente.

É importante ressaltar que, nos sete casos, não encontramos indícios de ideação suicida em nenhum deles.

Outro dado interessante é o fato de que dois sujeitos (S1, S7) apresentaram percentil 65 para o fator de depressão da EFN, podendo ser considerando um percentil significativamente elevado em comparação com percentil estipulado nesta pesquisa (percentil 75).

Portanto, de acordo com a pesquisa realizada, dos três instrumentos psicológicos utilizados (EFN, teste Palográfico, HTP), apenas um sujeito (S1) não apresentou nenhum fator indicativo de depressão, sendo encontrado em todos os outros sujeitos avaliados (S2, S3, S4, S5, S6, S7) um ou mais fatores indicativos de depressão.

Dos sete sujeitos avaliados, dois deles apresentaram um fator indicativo de depressão, sendo S2 detectado no instrumento EFN e S7 no teste Palográfico. Quatro deles apresentaram dois fatores indicativos de depressão sendo S3, S4 e S6 apresentaram fatores indicativos nos instrumentos HTP e Palográfico e S5 nos testes Palográfico e EFN.

Levando em consideração a amostra de sete sujeitos avaliados em processo de luto, 85,71% apresentam indícios de depressão em pelo menos um dos instrumentos psicológicos utilizados nesta pesquisa. Dos 7 casos, 57,14% (n=4) apresentam dois fatores indicativos de depressão nos instrumentos psicológicos apresentados, 28,57% (n=2) apresentam apenas um indicativo e 14,28% (n=1) não apresentou nenhum fator par depressão.

² Mensagem do autor enviada por endereço eletrônico cláudio.hutz@terra.com.br em 07/04/2008.

³ Esta é a nomenclatura utilizada pela CID-10, mas o teste não se propõe a classificar o grau de depressão, apenas indica se há ou não possibilidade do examinando estar deprimido.

É importante salientar que todos os sujeitos avaliados apresentaram algum indicativo de dificuldades emocionais nos instrumentos selecionados na pesquisa, que não necessariamente estão vinculados a fatores indicativos de depressão.

4.2.2 Fatores indicativos de processo de luto no Procedimento DE com Tema

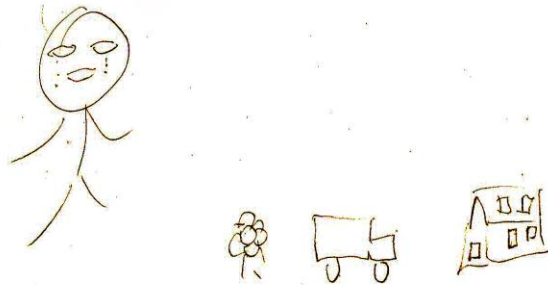
Através das aplicações do procedimento Desenho – Estória com Tema, foi possível a elaboração do estudo de fatores indicativos de processo de luto dos sujeitos avaliados na pesquisa, com o objetivo de facilitar a interpretação dos dados colhidos durante a avaliação psicológica.

- **Resultados do Procedimento Desenho - Estória (D-E) com Tema**

Utilizamos também os sete sujeitos anteriormente citados na aplicação do procedimento Desenho-Estória (D-E) com Tema, tendo sido sugerido que desenhassem uma pessoa enlutada e em seguida que contassem uma estória. Ressaltamos que, os resultados são analisados isoladamente, conforme orienta Tardivo (1998), mas foram consideradas as variáveis clínicas e outras informações obtidas através dos instrumentos anteriormente expostos. As estórias estão transcritas considerando tais quais foram escritas.

Sujeito 1 (S1)

--



*“Acho que o que tentei mostrar nestes desenhos sobre a pessoa enlutada é que sofremos muito (...), porém superamos porque a vida continua (...) embora entendemos que vamos sempre manter vivo em nosso coração a pessoa querida que já morreu(...) através do exemplo de vida que a pessoa deixou(...) e projeta-la nos seus filhos(...)
Enfim, o luto é algo difícil, principalmente porque na nossa cultura não somos preparados (...) acho que o luto de cada pessoa vive diferente, porque cada uma tem sua singularidade”.*

Observando seu comportamento no decorrer da aplicação do procedimento, constatamos que S1 o realizou de maneira confortável, demonstrando disposição. Durante aplicação do instrumento não apresentou comportamento de choro.

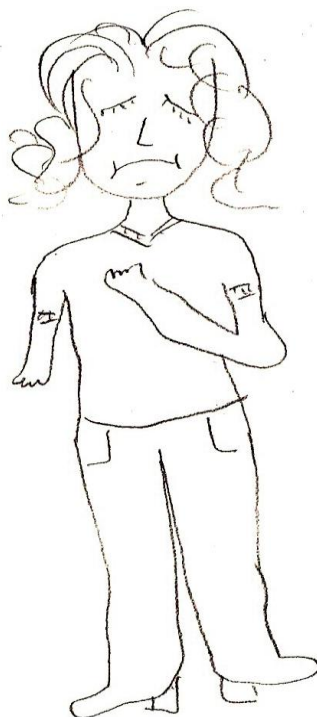
No desenho há objetos desenhados próximos da pessoa enlutada (flor, carro, casa) o que pode indicar símbolos que representam o cotidiano e a tentativa de dar prosseguimento a vida após uma perda significativa. Estes símbolos podem significar mobilidade através do carro, sentimento de família através da casa e uma busca de recomeço através da flor. Na estória há sinais de disponibilidade para uma recuperação quando narra que a “vida continua”.

Também é possível perceber um reflexo de que assuntos de morte e morrer não fazem parte do cotidiano das pessoas, confirmando o que afirma Melo (2008) e Kübler-Ross (1998), daí a dificuldade para o enfrentamento dos eventos de morte na família. Em relatos durante a entrevista, o sujeito afirma que desde a primeira experiência com a morte houve uma enorme

dificuldade em expressar os sentimentos relacionados a perdas, onde o mesmo tendia a não expressar o choro. Porém, nesta experiência de morte da irmã, o sujeito relata que conseguiu se permitir chorar e expressar todo o seu sofrimento, mudando assim seu processo de luto.

Há indícios de que o luto tende a se desdobrar dentro da normalidade.

Sujeito 2 (S2)



“Foi uma grande dor, ao mesmo tempo um alívio. Mas como tudo passa, até a dor passa e a vida continua.

Nos primeiros dias só pensamentos, falta de coragem, choros abafados, mas depois a pessoa vai se erguendo, até a vida voltar ao normal. As coisas de quem se foi ao serem vistas já não causam tanto impacto. O que a pessoa lamenta é o que não foi realizado, é o tempo que poderia ter vivido a mais e que não viveu, são as coisas que deixou de fazer e que tinha vontade. Percebe-se, ao confrontar com outros o quanto ainda poderia ter pela frente. O que consola é saber que poderá está vendo tudo o que aqui acontece, mesmo sem poder ‘interferir’. Agora, permanece o

desejo de que quem ficou fique bem, nas melhores condições possíveis de viver. Só então se percebe que um dia será você e que a vida vai continuar para quem fica”.

Sobre as observações de seu comportamento durante a aplicação do instrumento, S2 se submeteu de maneira confortável e disposta a colaborar com o procedimento, além de demonstrar autoconsciência e cautela. Não apresentou dificuldades para o entendimento das explicações, nem dificuldades emocionais durante a aplicação do mesmo.

Na narrativa apresentada pelo sujeito S2, há relatos claros de sinais da primeira fase do enlutamento, conforme apresenta Bromberg (2000, p. 37): fase do entorpecimento, isto é, "A pessoa recentemente enlutada, aturdida, atordoada, desamparada, imobilizada, perdida". A estória apresenta questões relacionadas à espiritualidade como uma forma de racionalizar e minimizar o sofrimento quando o mesmo narra: *“O que consola é saber que poderá está vendo tudo o que aqui acontece, mesmo sem poder ‘interferir’ ”*. Tal idéia, na perspectiva da espiritualidade, apresenta-se como mecanismo que auxilia na superação da dor da perda, trazendo uma espécie de consolo no processo de perda.

Há um processo de conscientização frente à finitude do ser humano, uma vez que a morte do outro faz pensar sobre a morte da pessoa enlutada quando diz *“só então se percebe que um dia será você”*.

Também é possível inferir questões relacionadas ao sofrimento humano, principalmente de quem vivencia um ente próximo em estado terminal e o sentimento de perda, pode ser reconhecida quando afirma que *“Foi uma grande dor, ao mesmo tempo um alívio”*.

Apesar do *“choro abafado”*, da racionalização e minimização da dor através da espiritualidade, o luto tende a se desdobrar dentro da normalidade.

Sujeito 3 (S3)



Sobre as observações de seu comportamento durante a aplicação do procedimento, S3 se submeteu de maneira desconfortável, mas disposta a colaborar. Evidenciou desconforto e dificuldade para o cumprimento as atividades propostas, onde no instrumento de aplicação com tempo livre, a mesma se estendeu de forma considerável em comparação com o tempo de aplicação dos outros sujeitos.

Na estória narrada pelo sujeito S3, há fortes indícios que a personagem “pessoa enlutada” pede ajuda frente à dificuldade de superar sozinha o processo de luto, ajuda esta provavelmente referindo-se a uma ajuda profissional.

Kübler-Ross (1998) ao se referir às necessidades dos familiares e ao pode que pode ser feito, recomenda que devemos deixar o parente falar, chorar ou gritar. A autora ressalta que é

longo o período do luto, iniciando-se para o parente já desde a confirmação do "mal diagnóstico" e sendo prolongado até os meses após a perda do seu ente querido, motivo pelo qual o profissional deve ficar à disposição para ser ajudá-lo e assisti-lo durante a travessia deste período. A autora esclarece que, ao se referir a "ajuda", não se refere apenas como sendo conselhos profissionais, mas antes de tudo, necessitam de um ser humano para apoiar-se, pouco importando que seja o amigo, o médico, a enfermeira, o capelão ou quem quer que seja, importa que esteja disposto a isso naquele momento.

Na narrativa, a personagem "pessoa enlutada" não está preparada para o enfrentamento das fases do enlutamento e acha difícil conseguir superar tal sofrimento. Esta dificuldade pode estar associada aos diversos processos de perdas que o sujeito apresenta nos relatos durante a entrevista como a perda do marido (morreu com a mesma doença da irmã – câncer), da saúde (portadora de duas neoplasias), da convivência menos conflituosa com os filhos enquanto o marido era vivo. Além destas, as perdas anteriores ao marido, tal como o aborto espontâneo aos 6 meses de gravidez de feto do sexo feminino, o que seria a única filha mulher das seis gestações que tivera; falecimento da mãe; do pai e do cunhado parecem não terem sido superadas de forma saudável.

Acerca do luto desencadeado, tendo como perda o aborto, Kovács (2003, p. 158) afirma que a sociedade não reconhece este luto, uma vez que

[...] a morte ocorre antes que a vida seja reconhecida socialmente, o que sem dúvida é um grave engano, pois há todo um investimento de amor numa gravidez com expectativa do nascimento do filho - portanto, um processo de luto precisa ocorrer para elaboração da perda.

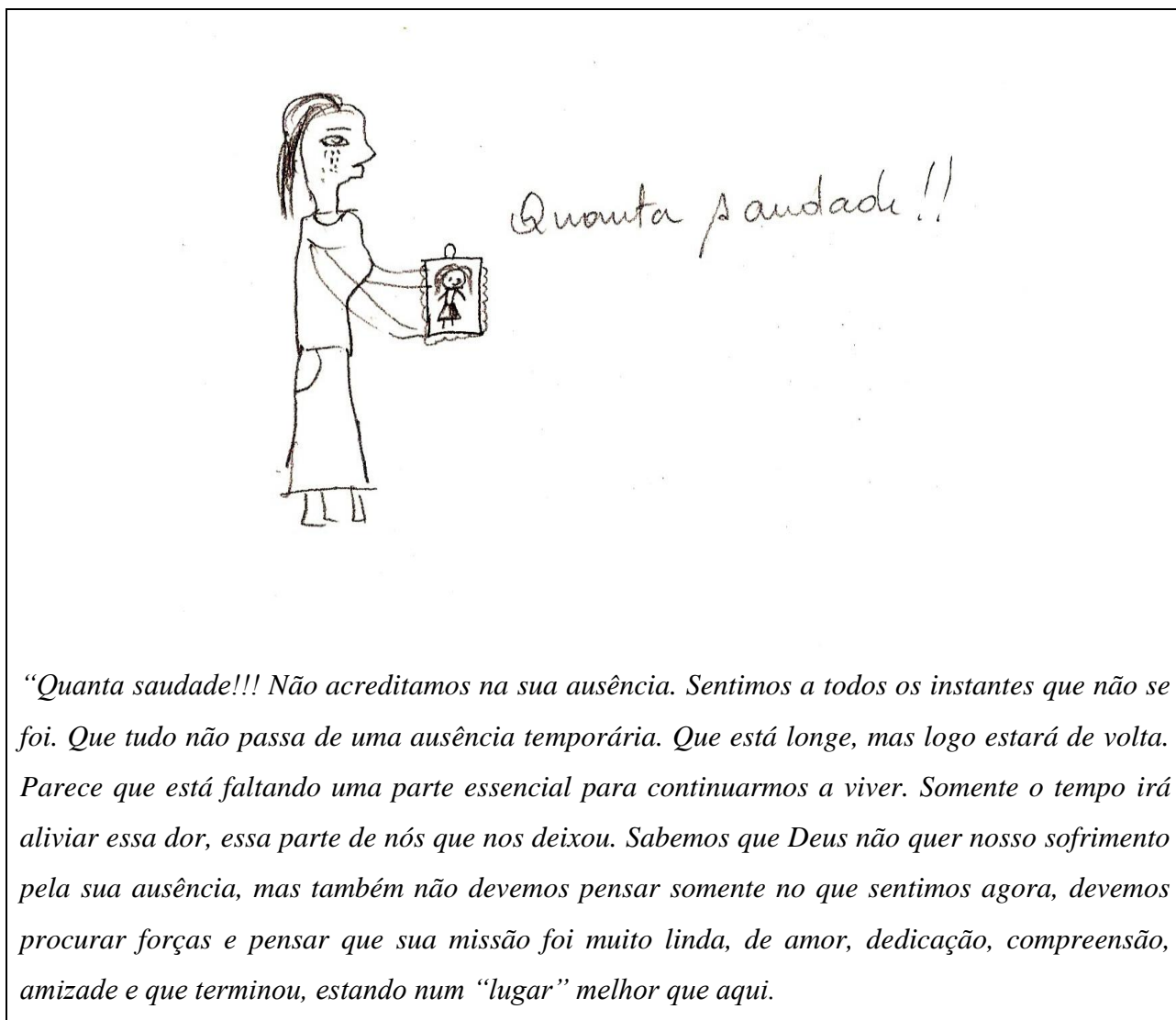
Apesar das evidências de que o personagem da estória é do sexo masculino ("Essa pessoa perdeu a esposa"), há uma semelhança com o seu próprio processo de luto por ocasião da perda do marido, ocorrido 6 anos antes, quando esta não ficou com um filho, mas com dois filhos homens, solteiros, morando em casa com ela. Em relatos na entrevista, S1 apresenta com mais ênfase a convivência conflituosa com um dos filhos que, conforme reforça "É muito parecido com o pai e faz comigo as mesmas coisas que o pai fazia, só que quando o pai era vivo me respeitava mais", sendo naquela ocasião mais um "sofrimento" que tem que enfrentar, além das perdas reais.

Também há relatos na entrevista que confirmam as hipóteses de dificuldades de enfrentamento das fases do luto quando o sujeito S3 diz não conseguir frequentar a casa da irmã falecida, pois a mesma trás consigo fortes lembranças da fase terminal da irmã, uma vez que era uma das pessoas que participava das escalas de plantão da irmã.

Há desejos de uma superação através de sentimentos de esperança expressos na narrativa, mas uma clara dificuldade de enfrentamento do luto quando afirma que *“Esse vai precisar de auto ajuda, pois ele não tem condições de superar sozinho”*.

Há sinais de que o luto não se desdobra dentro dos padrões de normalidade, podendo ou não desencadear um transtorno mental como a depressão.

Sujeito 4 (S4)

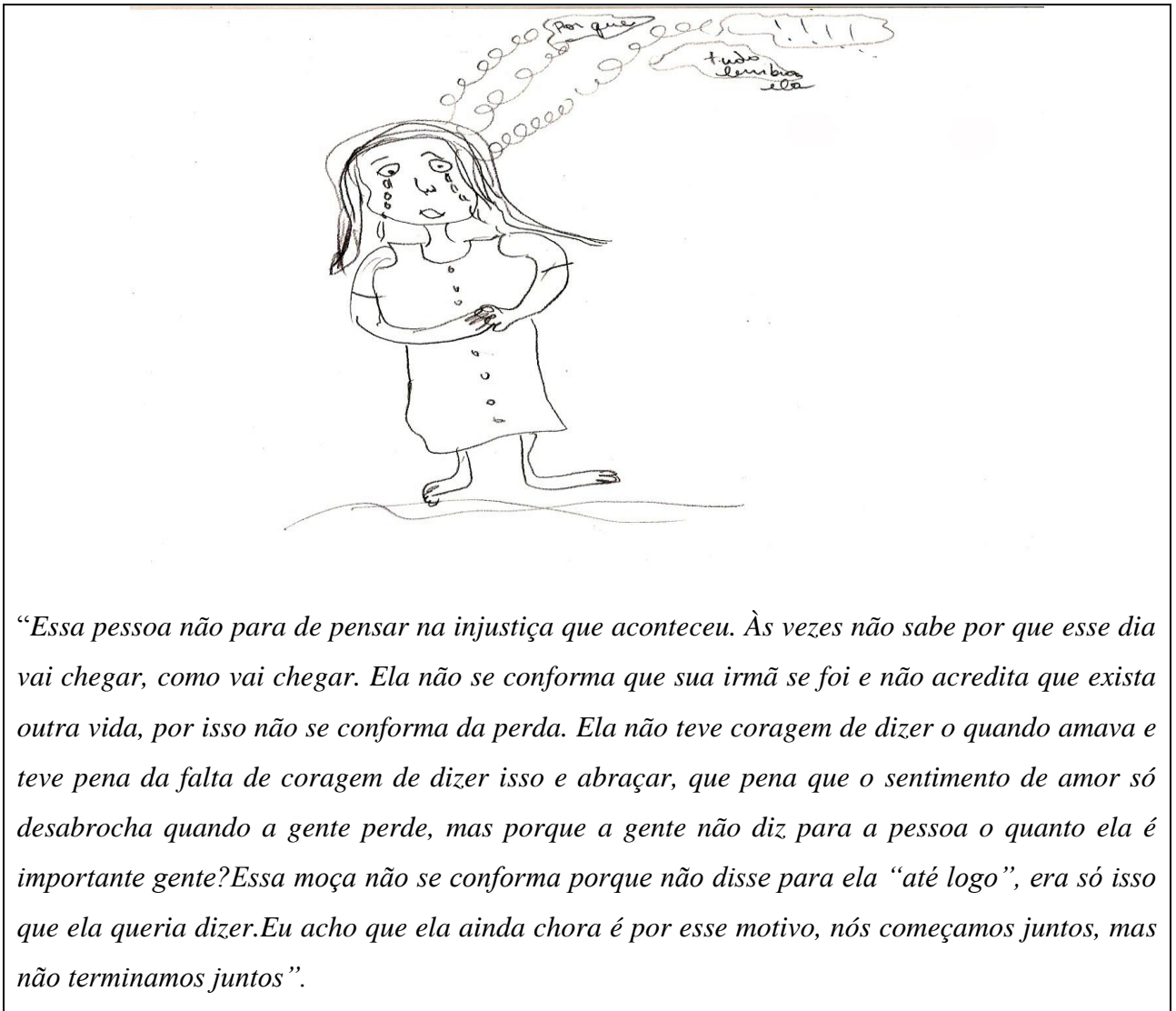


Que neste momento em que sentimos muitas saudades, ela quer que continuemos a nossa missão, nossa vida plena como a sua foi ao lado de seus amados filhos e marido. Agradecemos a Deus por não ter a deixado sofrer a dor que a doença poderia lhe causar. Está perto Dele e com certeza pedindo pela nossa família e feliz por todos nós estarmos juntos e continuarmos como ela foi uma eterna guerreira!! Um dia estaremos juntas novamente!! Apesar da sua ausência física, você continua presente no meu pensamento!”.

Durante a aplicação dos procedimentos DE, por várias vezes teve momentos de choro.

Na estória, há sinais de sofrimento frente ao processo de conscientização e desvinculação da pessoa enlutada com seu objeto perdido (irmã falecida). A dificuldade de lidar com a perda pode ser percebida quando a mesma relata que tem uma sensação que a perda da irmã não é real mas apenas uma “ausência temporária”. Neste sentido há um desejo de restituição do objeto perdido, bem característico nas primeiras fases do enlutamento. Há um desejo de reestruturação da vida através da racionalização quando o sujeito S4 narra “*devemos procurar forças*” através da espiritualidade e também um conformismo confortante onde a pessoa enlutada descreve a morte como sendo a passagem para “*um lugar melhor que aqui*”. Neste sentido o suporte religioso, baseado nos preceitos da fé católica pode estar sendo de valia para o enfrentamento do luto. Apesar da racionalização e minimização da dor através da espiritualidade, o luto tende a se desdobrar dentro da normalidade.

Sujeito 5 (S5)



“Essa pessoa não para de pensar na injustiça que aconteceu. Às vezes não sabe por que esse dia vai chegar, como vai chegar. Ela não se conforma que sua irmã se foi e não acredita que exista outra vida, por isso não se conforma da perda. Ela não teve coragem de dizer o quando amava e teve pena da falta de coragem de dizer isso e abraçar, que pena que o sentimento de amor só desabrocha quando a gente perde, mas porque a gente não diz para a pessoa o quanto ela é importante gente? Essa moça não se conforma porque não disse para ela “até logo”, era só isso que ela queria dizer. Eu acho que ela ainda chora é por esse motivo, nós começamos juntos, mas não terminamos juntos”.

Sobre as observações de seu comportamento durante a aplicação dos testes, S5 se submeteu os testes de maneira confortável e disposta a colaborar nos testes, no entanto, demonstrou maior dificuldade de entendimento dos procedimentos. Por ser a mais extrovertida, por várias vezes falava durante o procedimento, sempre em tom de brincadeiras. Apresentou-se falante, risonha e bem humorada. No entanto, quando submetida ao instrumento Desenho-Estória com Tema, a mesma ficou introspectiva (ou silenciou na fala) e chorou bastante demonstrando projeção direta com o seu processo de luto.

Na estória, a “pessoa enlutada” sente muita raiva dirigida a si mesmo na forma de acusações e sentimentos de culpa por pequenas omissões de atitudes que poderia ter tomado. Raiva também dirigida a outros como a Deus, uma vez que narra não parar de pensar “na

injustiça que aconteceu”. Há sinais de busca pelo objeto perdido e anseio para reencontrar a pessoa perdida.

Kübler-Ross (1998, p. 185) acerca da raiva expressada por um parente, orienta:

A ajuda mais significativa que podemos dar, a qualquer parente, criança ou adulto, é partilhar seus sentimentos antes que a morte chegue, deixando que enfrente estes sentimentos racionais ou não. Se tolerarmos a raiva deles quer seja dirigida a nós, ou ao falecido ou contra Deus, teremos ajudado a darem passos largos na aceitação sem culpa. Se os incriminarmos por não reprimirem estes pensamentos pouco aceitos socialmente, somos culpados por prolongarmos o pesar, a vergonha e o sentimento de culpa deles, que resultam, frequentemente, em abalo da saúde físico e emocional.

Acerca da questão dos abalos à saúde referido por Kübler-Ross (1998), também Kovács (1992) alerta que, em processo de luto afeta significativamente a vida, por conta das transições que ocorrem, explicitando ainda que há estudos que relatam os efeitos das perdas sob a saúde, inclusive no sistema imunológico.

Para o S5 a morte é vista como uma injustiça, para a qual não há consolo. A questão da espiritualidade apresenta-se negando a crença de haver vida após a morte, ao mesmo tempo em que se contradiz, quando lamenta não ter dito "até logo" (só se diz até logo quando se acredita que vai encontrar novamente com a pessoa em breve, neste caso, o encontrar-se somente seria possível em outra dimensão que não a física).

“Essa pessoa não para de pensar na injustiça que aconteceu. Às vezes não sabe por que esse dia vai chegar, como vai chegar. Ela não se conforma que sua irmã se foi e não acredita que exista outra vida, por isso não se conforma da perda. [...]Essa moça não se conforma porque não disse para ela “até logo”, era só isso que ela queria dizer.” (S5)

Há projeção direto entre a “pessoa enlutada” sugerida pelo prodedimento Desenho – Estória com Tema e o sujeito. A personagem da estória é uma "moça". S5 se projeta na personagem quando escreve:

“Ela não teve coragem de dizer o quando amava e teve pena da falta de coragem de dizer isso e abraçar, que pena que o sentimento de amor só desabrocha quando a gente perde, mas porque a gente não diz para a pessoa o quanto ela é importante gente?Essa moça não se conforma porque não disse para ela “até logo”, era só isso que ela queria dizer. Eu acho que ela ainda chora é por esse motivo, nós começamos juntos, mas não terminamos juntos”.
(S5)

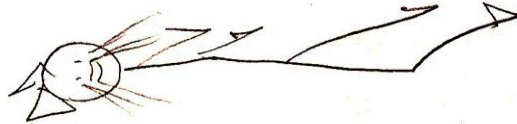
Bem como, coloca-se como narrador e de repente se insere na estória na estória usando os termos: "quando a gente perde" e "nós começamos juntos" (grifo nosso).

O sentimento de culpa, o anseio e o protesto precisam ser trabalhados para que o luto possa desdobrar de forma saudável. Caso não ocorra, há possibilidades de desencadear dificuldades emocionais, podendo ou não desencadear um transtorno mental como a depressão.

Neste sentido, Kübler-Ross (1998, p. 175) acena para a questão do sentimento de culpa, ao mesmo tempo em que orienta que a ajuda aos familiares deve ocorrer antes mesmo da morte.

"Há também muita culpa e um desejo de recuperar as oportunidades perdidas no passado. Quando mais pudermos ajudar os parentes a extravasar estas emoções antes da morte de um ente querido, mais reconfortados se sentirão os familiares."

Sujeito 6 (S6)



“É uma pessoa que teve uma grande perda de parente/ amigo... com certeza é uma grande dor espiritual e não reparável. É uma grande saudade. Mas para uma pessoa com luto ela com certeza tem força interior para fortaleza que só Deus pode explicar”.

Sobre as observações de seu comportamento durante a aplicação dos testes, S6 se submeteu os testes de maneira confortável e disposta a colaborar com o procedimento, além de demonstrar autoconsciência e cautela.

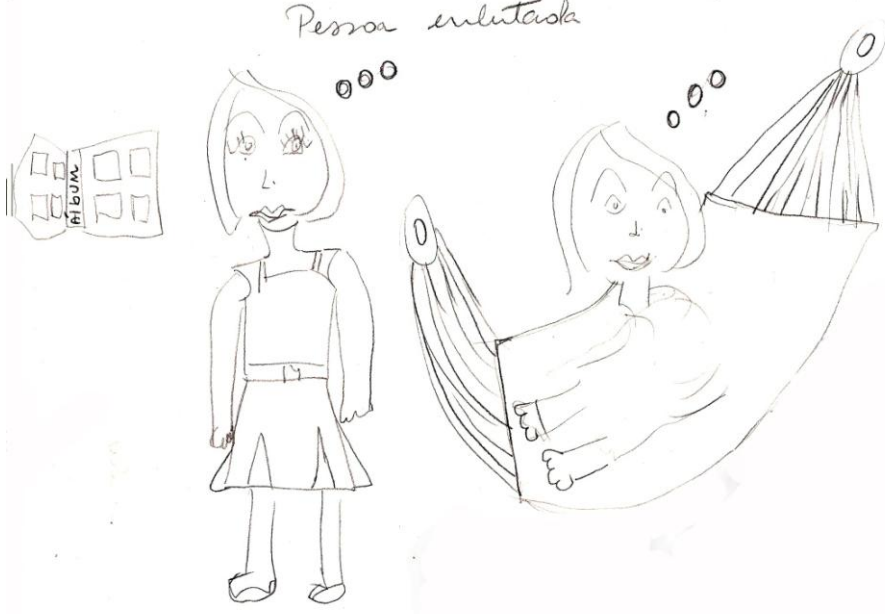
A questão da espiritualidade como mecanismo de racionalização e minimização da dor psíquica do luto também se apresenta como motivação para enfrentamento do luto.

A estória contato foi curta e objetiva podendo ser indícios de resistências psíquicas frente à problemática que o tema do desenho sugere.

Apesar da racionalização e minimização da dor através da espiritualidade, o luto tende a se desdobrar dentro da normalidade.

Sujeito 7 (S7)

Pessoa enlutada



*“Não quer ter alegria porque o ente querido não está na vivência. É difícil ter alegria, é difícil sorrir, pensa todo momento no ente querido.
O ambiente externo é todo sombrio.
Pode chorar, pode não chorar.
Aceita algumas explicações divinas, evita as celebrações religiosas.
Sempre acha que deveria ter feito mais.
Não consegue dormir.
Queria ter ouvido mais, relembra o passado, se apóia nas lembranças, se apóia nas histórias de vida, ações da pessoa querida.
No primeiro momento não dorme sem ajuda porque o filme da dor fica passando”.*

Sobre as observações de seu comportamento durante a aplicação dos testes, S7 se submeteu os testes de maneira positiva, portando-se confortavelmente e com disposição para colaborar com o procedimento. Demonstrou cautela e autoconsciência. Manteve-se séria durante o período de realização dos testes, chorando no momento da realização do DE com tema.

Quanto a narrativa é possível perceber que S7 evidencia as mesmas dificuldades relacionadas à vivência de luto anterior (há 10 anos), quando perdeu o companheiro, tendo sido a

primeira entre as irmãs avaliadas na pesquisa a ficar "viúva" e ainda relativamente jovem (43 anos). O companheiro faleceu de forma bastante rápida em outro Estado, não estando à mesma presente. Segundo relato em entrevista, por muito tempo, nutria sentimentos de culpa por estar ausente, se cobrando que poderia ter feito mais no sentido dos cuidados quando adoeceu. Relutou durante muitos anos para retornar ao Estado onde ocorreu o falecimento do companheiro. *“Não quer ter alegria porque o ente querido não está na vivência”*.

Considerando as perdas significativas como processo de luto, S7 enfrentou outros processos, tal como a perda dos pais, a perda de um relacionamento amoroso (acabou um noivado ainda jovem, com tudo preparado para o casamento) e da perda saúde, visto é portadora de câncer de mama, tendo se submetido à mastectomia bilateral aos 45 anos, tem diabetes e pressão alta. Em uma das entrevistas lamentou não ter cuidado da saúde, tendo sentido um impacto muito grande quando diagnosticada diabética e com pressão alta, alegando que poderia feito mais por si e cuidado mais da saúde e não o fez, lamentando somente depois dos problemas instalados, tendo uma sensação muito ruim.

Há evidência de que atribui algum significado transcendente da morte, porém não expresso na narrativa. Deixa claro que não aderiu "cegamente" ao que provavelmente é posto pela religião. *"Aceita algumas explicações divinas, evita as celebrações religiosas"* (Grifo nosso).

Apesar do sentimento de culpa e da necessidade de resgatar lembranças relacionadas ao objeto perdido, o luto tende a se desdobrar dentro da normalidade.

4.3 Síntese dos resultados de todos os instrumentos utilizados na pesquisa

Decidimos por apresentar uma síntese final dos resultados, no sentido de termos uma visão geral que favoreça a compreensão do conjunto das informações colhidas nos instrumentos psicológicos e os procedimentos utilizados (Desenho-Estória com Tema e entrevista) na tentativa de identificar aspectos comuns e diferenciados de depressão e luto.

Nos três instrumentos psicológicos utilizados na pesquisa (Palográfico, EFN e HTP) dos 7 casos, 85,71% (n=6) apresentaram algum fator indicativo de depressão em pelo menos um dos instrumentos psicológicos. Apresentando dois fatores para depressão estão 57,14% (n=4) dos sujeitos avaliados; apresentando um fator estão 28,57% (n=2), ao passo que 14,28% (n=1) não apresentou nenhum indicativo para depressão.

No procedimento Desenho-Estória com Tema, 28,57% (n=2) dos sujeitos pesquisados apresentou algum indício de que o curso do processo do luto pode não estar caminhando de forma a se desdobrar de maneira saudável. Tal achado foi confirmado nos relatos colhidos nas entrevistas. Consideramos que, caso não haja intervenção no curso do processo de luto, há possibilidades destes desencadear dificuldades emocionais, podendo ou não ter como consequência um transtorno mental, entre eles a depressão.

Ao confrontarmos os resultados detectados nos instrumentos psicológicos - Teste Palográfico, EFN, HTP -, (instrumentos estes que tiveram como objetivo nesta pesquisa buscar identificar os fatores indicativos de depressão) com os dados apresentados pelos sujeitos no Procedimento Desenho-Estória com Tema e na entrevista (procedimentos estes que tiveram como objetivo investigar processo de luto), constatamos que é sugestivo que, dos sete sujeitos avaliados na pesquisa, 28,57% (n=2) podem desencadear algum tipo de transtorno mental entre eles a depressão.

Kovács (1992, p.156) situando a questão do luto⁴ e suas complicações, afirma citando Parkes (1998) que "É muita onipotência se acreditar que há um padrão único de enfrentamento das perdas, sendo necessário, uma cuidadosa avaliação em cada caso".

Nestes casos há a necessidade destes sujeitos procurarem um ajuda de profissionais para a condução saudável do processo do luto dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos em uma época em que prevalece em todos os ramos na sociedade, o imediatismo, bem como predominam os valores relacionados a conquistas e vitórias. A pessoa que não é capaz de ser vencedora torna-se algo que incomoda e angustia a grande maioria. É neste sentido que se falar em morte ou simplesmente perdas, é como se estivéssemos andando contra a maré.

Assim, perder algo que amamos ou que tem significado pode significar adoecer, como consequência de um luto complicado ou patológico. Uma das formas mais frequentes de processos mal elaborados de luto seriam os transtornos psicológicos e, mais especificamente, os transtornos de humor como a depressão.

Um das formas de contribuição que poderia evitar tal consequência, seria se considerarmos a possibilidade da família compartilhar suas emoções, sendo então possível que enfrentem e aceitem mais facilmente a separação. Neste sentido, o papel do profissional de saúde é fundamental, quando contribui para que a família enfrente junta e simultaneamente o desfecho final. Quando há esta intervenção nestes casos, menores são as chances de desenvolverem transtornos mentais, entre eles a depressão.

Entendemos que devemos tentar compreender as necessidades dos familiares, buscando orientar construtivamente para que não sintam culpa ou medo. A melhor ajuda, talvez seja deixar que partilhem seus sentimentos, não só depois do luto instalado, mas durante todo o processo, inclusive desde o recebimento do diagnóstico de doenças terminais, tal como foi o caso desta família.

⁴ Kovács (1992, p. 157) defende que há necessidade de revisão de conceitos como "luto patológico, desajustado, anormal, disfuncional, desviante, entre outros" e alertando para uma nova tendência voltada pra se referir ao luto complicado como sendo "fatores complicadores do luto".

Ao finalizarmos este trabalho, temos a dimensão de que abordar a questão da depressão e do luto, realizada em um grupo de pessoas enlutadas de uma mesma família, é algo complexo, pois requer além da avaliação psicológica, um olhar diferenciado no Psicodiagnóstico, onde a escuta clínica referente às perdas significativas, sejam elas reais ou simbólicas, leve em consideração o fato de que o processo de elaboração de um luto não significa necessariamente um quadro de depressão.

Julgamos oportuno enfatizar que um diagnóstico que não se leva em consideração o processo de elaboração de um luto, provavelmente será o responsável pelo prognóstico ruim e pelo andamento do quadro clínico deste paciente, uma vez que o sofrimento psíquico e o seu enfrentamento fazem parte do mesmo processo de perda. Neste sentido, o uso de anti-depressivos sem uma avaliação consistente da real necessidade pode vir a interferir seriamente na vida desta pessoa, tornando o processo de luto "mascarado" e inadequado.

Reconhecemos, portanto, que há necessidade de formação especializada para os profissionais da área de saúde acerca dos processos de perda, incluindo o morrer, no sentido de se buscar entender um pouco dos processos que envolvem a formação de um luto para que não se confunda com uma depressão.

Ressaltamos que, os profissionais de diversas áreas de atuação clínica deverão estar estimulados a buscarem esta formação, mais especificamente nos cursos voltados para a área de tanatologia, entre outros, com o intuito de contribuir para que as pessoas enfrentem seus sofrimentos diante das perdas, bem como teremos mais profissionais capacitados para o atendimento de pessoas enlutadas.

Sugerimos que em qualquer atendimento psicológico, ao analisar as condições clínicas de seus pacientes, seja considerado imprescindível à necessidade de uma avaliação mais cuidadosa sobre os processos de perdas na história de vida dos mesmos.

Salientamos, pois, que na atuação prática de profissionais especializados em avaliação psicológica, em qualquer âmbito institucional (consultório, hospital, entre outros) em que esteja inserido, o psicólogo deve considerar aspectos do ser humano que precisam ser compreendidos: formas de enfrentamento, suas conquistas e sua capacidade de restabelecer o equilíbrio. Atentos para isto, os profissionais estarão contribuindo para que seus pacientes possam reestruturar sua vida através de intervenções corretas e conscientes.

Esperamos que os profissionais que trabalham na área de avaliação psicológica entendam que, para se diagnosticar corretamente, faz-se necessário não apenas a aplicação de uma bateria de testes psicológicos, mas é extremamente fundamental a utilização de conhecimentos das áreas relacionadas com as perdas e processo de luto que o paciente esteja submetido, bem como há necessidade de uma "escuta sensível", considerando inclusive buscar apreender aspectos da história de vida do paciente e de sua família. Ao mesmo tempo, requer disponibilidade para perceber as manifestações que vão além das palavras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, I. C. B.; ESTEVES, C. **O teste palográfico na avaliação da personalidade**. São Paulo: Vetor, 2004.

BOWLBY, J. **Apego e perda: a natureza do vínculo**. Tradução de Álvaro Cabral. V. 1. São Paulo: Martins: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, J.. **Apego e perda: tristeza e depressão**. Tradução Valtensir Dutra. V. 3. São Paulo: Martins: Martins Fontes, 2004.

BRASIL. CONSELHO DE SAÚDE. **Resolução 196/96**. Define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. 1996. Disponível em <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>> Acessado em 12/08/2007.

_____. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 006/2004**. Altera o Art. 14 da Resolução CFP nº 002/2003 Disponível em < http://www.crpsp.org.br/a_orien/legislacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_006-04.htm> Acessado em 12/08/2007.

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

BUCK, J. N. **HTP: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação**. Tradução de Renato Cury Tardivo. São Paulo: Vetor, 2003.

CRUZ, S. H. V. Ouvindo crianças: considerações sobre o desejo de captar a perspectiva da criança acerca da sua experiência educativa. In: DELACOURS-LINS, S.; CRUZ, S.H.V.(Orgs) . **Linguagens, literatura e escola**. Fortaleza: Editora UFC, 2006.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

FERNANDES, M. G.; BATISTA, L. L.; NÓBREGA, M. S. L. Avaliação geriátrica abrangente de idosos atendidos em uma unidade de saúde da família. **Revista Aps**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, 2003, p. 61-69. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acessado em 03/03/2007.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, V. 38, n.3, p. 365-371, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/ v38n3/20652.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20652.pdf)> Acessado em: 03/03/2007.

GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2004.

HUTZ, Cláudio S. **Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/ Neuroticismo - EFN**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

KOVÁSC, M.J., **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIMA, D. A. **A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia da AIDS: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda**. 2006. 196f. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia e Neonatal) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

LOPES, L. M. E. **O dito e o não dito**: depressão e suicídio. 2007. Monografia. (Especialização em Geriatria) - Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza. Monografia. 2007.

MELO, M.S.N. A formação docente e a educação para a morte. **Revista Partes**. 2008. Disponível em <<http://www.partes.com.br/educacao/fomacaodocente.asp>> Acessado em 02/05/2008.

MONTEIRO, K.C. C.; LAGE, A.M.V. **Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. mar. 2007, vol.27, no.1, p.106-119. Disponível no endereço eletrônico <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 02/11/2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID - 10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Tradução de Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OLIVEIRA D. A. A. P. et al. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, V. 40, n. 4, 2006. p. 734-736. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/26.734-36.pdf>> Acessado em 22/02/2007.

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

TARDIVO, L. S. C. Análise e Interpretação. In: Trinca, Walter. **Formas de Investigação Clínica em Psicologia**. São Paulo: Vetor, 1998.

TRINCA, W.; BARONE, L. M. C. O procedimento de desenhos-estórias na avaliação das dificuldades de aprendizagem. In: BOSSA, N. A.; OLIVEIRA, V. B. (Orgs.). **Avaliação psicopedagógica da criança de sete a onze anos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

APÊNCICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, aceito ser agente participativo da pesquisa sobre Depressão e Luto.

A pesquisa é de responsabilidade da psicóloga Milena Eugênio de Sousa Furtado, que me assegura manter sigilo cuidadoso e fidedigno de todos os dados coletados neste estudo e que meu nome será mantido em sigilo e em anonimato.

A mesma me confere o direito de decidir ser agente participativo ou não do referido estudo, possibilitando que eu continue ou pare com as referidas informações a hora que me for conveniente, assim como será também de minha inteira permissão o direito de ter os dados colhidos por documento escrito.

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA

N.º

DATA DA ENTREVISTA:/...../.....

NOME:

ENDEREÇO:

1 DADOS SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICOS

A)IDADE:

B)ESTADO CIVIL:

C)RENDA FAMILIAR:

D)PROFISSÃO

E) ESCOLARIDADE

F) NR DE FILHOS

G) RAÇA

H) RELIGIÃO

I) ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUAL

- 2 Qual a perda mais significativa que você já vivenciou? Descreva como você se sentiu.
- 3 Como você recebeu a notícia da morte da sua irmã e quais as suas primeiras reações?
- 4 Fale sobre como era a sua relação com sua irmã. Qual o significado dela em sua vida?
- 5 Como os vários membros da família mostraram suas reações à morte?
- 6 Como estava o relacionamento da família (entre as irmãs) na época da morte?
- 7 Você participou de todos os rituais (velório, enterro, missa de 7º dia, missa de 1 mês)?
- 8 Antes desta perda, você já apresentou quadro de depressão? Se positivo, quantas vezes e em que período?
- 9 Há histórico familiar de depressão? Qual o grau de parentesco?
- 10 Você faz uso de medicação? Qual?
- 11 Você ou alguém da família tem diagnóstico de outras patologias?
- 12 Após a perda da sua irmã, com quanto tempo você conseguiu retornar as suas atividades laborais?
- 13 Você quer acrescentar ou esclarecer mais alguma coisa?