

Luto e pandemia: Vivência individual e coletiva

Grief and pandemic: Individual and collective experience

Bianca Dermendjian; Daniel Fortunato Burgesse

Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

Em março de 2020 foi anunciada a pandemia pelo coronavírus e, com ela, mudanças em todo o mundo na maneira de viver, trabalhar, socializar e existir foram impostas à população mundial. Com isso, novas formas de adaptação e gestão de conflitos se fizeram necessárias, porém as vivências inerentes ao desenvolvimento humano e à vida se mantiveram e, somadas às consequências impostas pela pandemia e seus desdobramentos, tornaram-se um desafio ainda maior, como o processo de luto. Com o adoecimento pelo novo vírus, as pessoas se isolaram, tiveram medo, muitas pereceram e tantas outras ficaram em luto pela nova forma de viver ou por perdas de entes queridos. Existem diversas definições e conceitos de luto para compreender e desenvolver formas de auxiliar os enlutados. Para ilustrar os conceitos trazidos, é descrito o caso clínico de uma paciente em acompanhamento psiquiátrico, com intenso sofrimento, após o falecimento do filho por infecção pela Covid-19. Diante do que é exposto, é possível concluir que para que um profissional da saúde possa auxiliar e acompanhar uma pessoa em sofrimento pelo luto, é necessário compreendê-la e acolhê-la como outro ser humano, antes de tudo.

Descritores: Pandemias; COVID-19; Morte; Luto.

ABSTRACT

In march of 2020 the new coronavirus pandemics was announced and with it, changes all over the world were imposed in the way of living, working, socializing and existing. New forms of adaptation and conflict solving were necessary, however, life and human development inherent experiences continued and, combined to the pandemic imposed consequences and its unfoldings, became an even bigger challenge, like the mourning process. With the illness, people were isolated, scared, many have died and many others mourned the new form of living or their departed beloved ones. There are many definitions and concepts of mourning that leads to comprehension and development of ways to help the bereaved. In order to illustrate these concepts, a clinical case is described, the patient is in psychiatric follow-up, with intense grief, after her son's death by Covid-19 infection. Considering what is brought, it is possible to conclude that in order to succeed in helping and keeping up with a grieving person, a health professional must comprehend and welcome the person, above all, as another human being.

Keywords: Pandemics; COVID-19; Death; Bereavement.

Correspondência:

Bianca Dermendjian
E-mail: bianca.dermen@hotmail.com
Data de submissão: 14/01/2022
Data de aceite: 15/11/2024

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual
"Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 8º andar - Vila Clementino -
CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A história da humanidade é permeada por pandemias catastróficas em intervalos regulares. A anterior foi em 1918, a Gripe Espanhola. A ocorrência de surtos de outras doenças infecciosas, como Zika vírus, MERS, SARS e Ebola chamaram a atenção para a possibilidade de uma nova pandemia no século 21, que seria causada, pela até então, chamada pela OMS de “doença X”. Poucos eventos na história da humanidade moldaram nossas sociedades e culturas como as pandemias que ocorreram no passado. Apesar disso, pouca atenção foi dada aos aspectos psíquicos e suas ramificações dentro desse campo ¹.

Ao final do ano de 2019, uma doença causada por um novo vírus, foi diagnosticada e iniciou sua trajetória em uma província da China, alastrando-se pelo mundo e atingindo milhões de pessoas, de diversos países em poucos meses. O agente etiológico foi identificado em janeiro de 2020 como um novo coronavírus: 2019-nCoV, e ao fim desse mês, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que a epidemia era uma emergência de saúde pública de interesse internacional ². Em março de 2020, a OMS caracterizou a doença COVID-19 como uma pandemia, em função de sua distribuição geográfica ².

Até janeiro de 2022, foram pelo menos 290 milhões de casos de COVID-19 em todo o mundo, com mais de 5,44 milhões de mortes. No Brasil, foram confirmados mais de 22 milhões de casos e mais de 619 mil óbitos até então ³. Apesar da progressão da cobertura vacinal, que chega a mais de 142 milhões de imunizados no Brasil (67% da população), o peso do sofrimento causado por milhões de perdas irreparáveis em todo o mundo se faz presente e causa grande impacto na saúde mental e na vivência do luto por cada indivíduo.

Junto à pandemia, novas recomendações de saúde foram feitas, adaptações fizeram-se

necessárias e um novo estilo de vida foi imposto à população mundial. O isolamento social associado a condições psicológicas adversas, como medo, ansiedade e preocupação ⁴⁻⁶ e efeitos psicológicos negativos como sintomas de estresse pós-traumático, evitação, confusão e raiva evidenciaram o abalo à saúde mental da população. Esse fenômeno já vinha ocorrendo há décadas pela mudança do estilo de vida que coloca hábitos saudáveis de lado (atividades físicas, boa alimentação, sono reparador), aumento da carga de trabalho, preocupações relacionadas à economia e saúde, entre outros, e que durante a pandemia foi abordado com maior frequência ⁷⁻⁹.

OBJETIVO

Buscar na literatura definições, conceitos e características do processo de luto e seu desenvolvimento após o início da pandemia, bem como suas particularidades, exemplificando a revisão com o caso clínico de paciente enlutada pela Covid-19 e as abordagens terapêuticas.

MÉTODOS

Busca do material realizada em livros com temática do processo de luto e no banco de dados PubMed (publicações de março de 2020 até dezembro de 2021), com os seguintes descritores: *Grief Pandemic*, *Mourning Pandemic*, *Bereavement Pandemic*. Os trabalhos incluídos descrevem conceitos e particularidades do luto durante a pandemia na população adulta geral, com abordagem no processo e na vivência de enlutados em decorrência da infecção por Covid-19.

No total foram encontrados 21 artigos. Treze estudos que desviavam da temática central, por citar questões clínicas particulares ou focar somente em populações específicas (crianças, adolescentes, pacientes com doenças

crônicas avançadas, profissionais de saúde), foram excluídos.

Oito artigos foram selecionados para leitura, 2 com temáticas e conteúdos semelhantes aos demais. Ao final, 6 estudos foram selecionados como base para a revisão.

REVISÃO DA LITERATURA

Luto e Conceitos

O luto é uma reação esperada diante de uma grande perda, um rompimento de vínculo significativo. O luto causa uma transição biopsicossocial, que engloba a pessoa como um todo. Abrange o físico, o psicológico e o meio social em que a pessoa está inserida. No trabalho do luto, a pessoa, consciente da realidade da perda, reconstrói significados e se reorganiza diante de uma nova existência ¹⁰.

O luto é caracterizado como uma perda de um elo significativo entre um indivíduo e seu objeto, um fenômeno mental natural e constante no processo de desenvolvimento humano. Tal fenômeno não se limita apenas à morte, diz respeito também ao enfrentamento das sucessivas perdas reais e simbólicas durante toda a vida, como por exemplo, o simples ato de crescer ou envelhecer, bem como mudanças vivenciadas durante o desenvolvimento de cada pessoa ¹¹.

Em *Luto e Melancolia* (1915), Freud apresenta o luto como uma reação à perda de um ente querido ou de algo que tome as mesmas proporções. É descrito “luto, via de regra, é a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal etc”. É um processo natural instalado para a elaboração da perda, que pode ser superado após algum tempo e, por mais que tenha um caráter patológico, não é considerado doença e interferências podem ser prejudiciais. O luto é um processo lento e doloroso, que tem como características uma

tristeza profunda, afastamento de atividades não relacionadas ao pensamento sobre o objeto perdido, perda de interesse no mundo externo e a incapacidade de substituição com a adoção de um novo objeto de amor. Freud ainda escreve “Na verdade, é só porque sabemos explicá-lo tão bem que esse comportamento não nos parece patológico” ¹².

Thomas Fuchs descreve o luto como “um processo complexo e heterogêneo, o qual transcorre e se manifesta de múltiplas maneiras, e que está sujeito a considerável variação e modificação cultural”. Tal processo diz respeito a uma experiência singular, influenciada por fatores como concepções e crenças a respeito da natureza da morte ou de uma morte, pela relação que existia com a pessoa falecida, pelas circunstâncias nas quais ocorreu o falecimento e por características próprias do enlutado ¹³. O autor descreve aspectos recorrentes ligados ao luto, relacionáveis ao *Modelo do Processo Dual do Luto* de Stroebe e Schut (1999) ¹⁰.

Segundo Fuchs, o primeiro e mais imediato aspecto é “o choque”, a dimensão de atravessamento existencial incontornável que a perda da pessoa amada impõe. Tal reação é descrita como “um ‘choque’ ou ‘golpe’, geralmente experimentada como uma súbita fraqueza física, como se perdendo o chão sob seus pés” ¹³.

O segundo é a vivência de uma “ambiguidade fundamental entre presença e ausência, entre o presente e o passado” pelo enlutado, entre o habitar um mundo ainda compartilhado com a pessoa amada e no qual ela sobrevive, e o habitar um mundo transformado e ainda estranho, onde a pessoa amada não se encontra mais. Essa ambiguidade reflete-se como uma penosa oscilação entre reconhecimento e negação da perda ¹³.

O terceiro aspecto, engloba a transcorrência de idas e vindas relacionadas ao luto, oscilações entre a impressão intrusiva

da presença de quem morreu e a realidade irrevogável de sua ausência. Ondas de sentimentos de angústia e desespero que, em um primeiro momento, parecem constantes, mas depois se vão e podem retornar provocadas por circunstâncias específicas que remetem à lembrança do finado ¹³.

O *Modelo do Processo Dual do Luto* de Stroebe e Schut enfatiza o enfrentamento para a compreensão do processo de luto. Tal modelo é um processo cognitivo de enfrentamento (“coping”: conjunto de estratégias para lidar com algo que é percebido pelo indivíduo como uma ameaça iminente) da perda que consiste em construir estratégias e estilos de gerenciamento da situação de luto. Para os autores, se há o enfrentamento, os danos à saúde física e mental são reduzidos, isso ocorre no dia a dia e inclui todas as tarefas de vida da pessoa em luto. As estratégias de enfrentamento ajudam a pessoa a adaptar-se à situação vivenciada e a tolerar melhor a crise e diminuir o estresse ocasionado ¹⁰.

O processo de adaptação e construção de significado ocorre a partir de:

Enfrentamento orientado para a perda: focada na busca pela pessoa perdida, centrada nos aspectos relacionados ao finado como os laços afetivos, negação e evitação da realidade da morte, aceitação da realidade da perda, chorar pela morte, elaboração do luto, lembrar, ver fotografias, falar sobre o ente querido, anseio por sua proximidade, ruminação – pensamentos sobre como seria a vida se ele não tivesse morrido e as circunstâncias e eventos diante da morte.

Enfrentamento orientado para a restauração: ajustamentos decorrentes da perda e que constituem fontes de estresse com as quais as pessoas em situação de luto precisam lidar (responder às mudanças de reorganização da vida após a morte do ente querido, como assumir as tarefas que eram

realizadas pela pessoa que morreu, por exemplo), lidar com os arranjos da vida sem o ser amado, retomar as próprias tarefas do dia a dia, fazer coisas novas, distrair-se (divertir-se não é trair o morto, é parte da vida, o enlutado tem o direito de sorrir). No enfrentamento voltado para a restauração a pessoa em luto assiste a um filme, sai com amigos, passeia, viaja, faz contato social de uma forma geral. No enfrentamento voltado para a restauração, a pessoa enlutada desenvolve uma nova identidade, como a esposa que perdeu o marido, se torna viúva, mas nem sempre há um nome, como uma mãe que perde o filho.

Oscilação entre um e outro: é a alternância entre o enfrentamento orientado para a perda e para a restauração. É um processo necessário e deve ocorrer ¹⁰.

Kübler-Ross, em 1969 ¹⁴, descreveu cinco etapas de luto que as pessoas podem passar quando perdem um parente ou uma pessoa próxima:

- i) negação da morte do familiar;
- ii) raiva por falta de explicação e “injustiça” pelo desaparecimento do ente querido. A raiva se explica ainda por ressentimento e frustração por dar conta que a morte ocorreu sem possibilidades de evitá-la.
- iii) negociação, por tomar consciência do sentido da vida e mantê-la. A negociação pode ocorrer antes ou depois da morte. É a forma de reverter o processo e buscar estratégias para encarar a morte como um fenômeno natural.
- iv) momentos de depressão e,
- v) aceitação com esperança de que a coisa vai melhorar.

Com o surgimento da pandemia, as perdas tomaram proporções crescentes, a começar pela perda da liberdade de circular livremente, de se reunir com outros, mudanças nas condições de trabalho ou estudos, até confrontos com assuntos de que sempre

distanciou-se, como a ideia de morte e adoecimento. As mudanças impostas pelo cenário pandêmico acarretaram diversos lutos, para além da perda de entes queridos, como todas as mudanças, adaptações e renúncias às quais a população mundial precisou se submeter durante esta fase.

Impacto da pandemia no processo de luto

Com as mudanças e adaptações incorporadas à rotina da população, vieram as restrições relacionadas a visitas hospitalares de pacientes internados e limitações do número de pessoas em cerimônias fúnebres ou até o impedimento destas, fazendo com que o sepultamento do ente querido se dê sem despedidas necessárias ou rituais funerários relacionados à cultura ¹⁵. Segundo o Ministério da Saúde, os velórios e funerais de pacientes confirmados da COVID-19 não foram recomendados durante os períodos de isolamento social e quarentena. Caso fossem realizados, a recomendação era manter a urna funerária fechada durante todo o velório e funeral, evitando qualquer contato (toque/beijo) com o corpo do falecido em qualquer momento post-mortem, além de disponibilização de água, sabão, papel toalha e álcool em gel a 70% para higienização das mãos durante todo o velório, e evitar a presença de pessoas que pertençam a um grupo de risco, como pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes, portadores de doenças crônicas e imunodeprimidos ¹⁶.

Esse contexto torna ainda mais complexa a realização de rituais de despedida entre doentes na iminência da morte e seus familiares, bem como dos rituais funerários, o que pode dificultar a experiência de luto ^{15,17-18}. Além disso, a ocorrência de múltiplos casos de infecção e óbito em uma mesma família gera lutos sequenciais, trazendo desafios adicionais à forma de se adaptar e lidar com as perdas ¹⁹.

A pandemia pode ser comparada em diversos aspectos com um desastre natural, especialmente quando se fala sobre luto complicado. Pessoas vêm morrendo por Covid-19 após serem admitidas em UTIs e permanecendo isoladas de seus entes queridos até o fim, o que intensifica o peso da perda. Diante deste cenário, é questionado como será o luto das pessoas que perderam entes queridos nessas circunstâncias e o que deve-se esperar desse processo de luto em consequência de tal emergência global ²⁰.

Diante da nova realidade, surgiram agravantes e maiores dificuldades nas vivências do luto, processo que sempre esteve presente na vida dos seres humanos, biológica, cultural e espiritualmente ^{15, 18}.

Uma revisão sistemática cujo objetivo foi descrever a dor e o sofrimento dos parentes enlutados de vítimas da contaminação pela COVID-19 concluiu que esses indivíduos enfrentam momentos difíceis porque, além de perderem o seu ente querido, não conseguem superar a angústia, por não poderem assistir o seu parente, e muito menos despedir-se e prestar-lhe as últimas cerimônias fúnebres ²¹.

Quando um paciente é hospitalizado por COVID-19, familiares e amigos não são autorizados a ficar com a pessoa e a despedida se dá na ambulância ou na sala de emergência.

O processo de luto, segundo Crubézy e Telmon (2020), ²¹ implica três fases; a primeira relacionada com a visualização do corpo, em que o parente, além de querer confirmar o corpo do seu ente querido, despede-se de uma pessoa com quem conviveu durante anos; a segunda fase é de realização de uma cerimônia coletiva para apoiar os afetados. As cerimônias fúnebres, sejam elas religiosas ou não, são rituais espirituais de despedida que confortam os sobreviventes e o malogrado que transita para a vida-além e, finalmente, a aceitação da morte da pessoa. As medidas de saúde pública,

adotadas, apesar de importantes e necessárias, acabaram por dificultar o processo de luto dos entes queridos ²¹.

A maioria das pessoas enlutadas costumam se ajustar em um período entre 6 a 12 meses e finalmente chegam a uma normalidade em suas vidas. Para alguns, esse processo é mais prolongado e conturbado. Quando a pessoa permanece em luto indefinidamente, sendo impedida de processar a morte e seguir com sua própria vida, pode ser considerado um luto complicado. O luto complicado é uma forma de tristeza crônica, incapacitante, diferente da depressão e do estresse pós-traumático e outras condições que podem surgir após a morte de um ente querido ^{20,22}.

Kübler-Ross dizia que o vazio surge após o funeral, que é quando parentes e amigos se reúnem e falam sobre seu contato recente com o falecido, falando sobre bons momentos vividos. Isso ajuda o parente a superar o choque e o pesar, preparando-o para uma aceitação gradual. Quando a cerimônia não ocorre, o processo pode ser interrompido e torna-se mais difícil sua elaboração ¹⁴.

Pandemia e Morte

As pandemias dizimaram muitas vidas nas gerações passadas, principalmente crianças e jovens. Na atualidade, com o desenvolvimento da tecnologia e da medicina, lidamos cada vez menos com situações críticas que ameaçam a vida em jovens. Como consequência, houve um crescente medo da morte, aumento do número de transtornos psiquiátricos, principalmente de ansiedade e grande necessidade de compreender e lidar com os problemas da morte e do morrer.

Ao retroceder no tempo, observa-se que o homem sempre repeliu a morte, o que é bastante compreensível, já que no inconsciente, a própria morte nunca será possível, quando se trata de si próprio. Segundo Elisabeth Kübler-

Ross,¹⁴ em nosso inconsciente só podemos ser mortos por uma força externa. É inconcebível morrer de causa natural, portanto, a morte só está ligada a uma ação maligna.

Enquanto alguém se sente onipotente e acredita que seus desejos podem modificar os fatos, surge a culpa. Conforme o desenvolvimento e percepção de que não se é onipotente e que não se tem o poder de tornar possível o impossível, a culpa desaparece. Isso pode ajudar na compreensão de muitos costumes e rituais, em que pessoas expressam pesar, tristeza, vergonha, imploram piedade, choram, afligem-se, batem no peito, arrancam cabelos, recusam em alimentar-se, como tentativa de autopunição e assim evitar ou reduzir o castigo da culpa assumida pela morte do ente querido.

A morte constitui um acontecimento pavoroso, um medo universal, que se manteve ao longo da história da civilização. O que mudou foi o modo como se convive e se lida com ela, bem como com o morrer e com pacientes moribundos. Quanto mais avança-se na ciência, mais teme-se e renega-se a morte. O morrer tornou-se solitário, mecânico e desumano, e o paciente frequentemente encontra-se hospitalizado no momento de sua morte ¹⁴.

Com o adoecimento por COVID-19, essa realidade firmou-se ainda mais, pois não havia a possibilidade de assistência de saúde domiciliar para casos agudos da doença e o paciente devia permanecer isolado durante toda a internação.

Saúde mental de familiares

Como consequências da pandemia, familiares de indivíduos que adoeceram e se recuperaram ou faleceram desenvolvem demandas de suporte e cuidado psicológico e psiquiátrico. Para familiares em que o indivíduo sobreviveu, os fatores estressores serão a reintegração da pessoa na unidade

familiar com possíveis sequelas e deficiências. Para as famílias enlutadas pela perda de um ente querido, são esperadas reações de luto e pesar, que podem precipitar ou agravar os transtornos psiquiátricos ¹.

Reações de luto são variáveis e podem ser influenciadas por fatores individuais, sociais, religiosos ou culturais. Mais frequentemente, os sintomas são relacionados com a separação do falecido (lamentação por não estar perto, solidão, choro) ou estresse e trauma (choque, torpor, descrença) ²³. Muito comum é a apresentação de sintomas somáticos resultantes da incapacidade de superar os sentimentos de culpa e pesar ¹⁴. Reações agudas ao luto são dolorosas e incapacitantes, mas não representam uma doença mental. Podem ocorrer reações ao luto complicadas, como pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais, o que leva a uma intensificação do processo ²⁴.

Segundo Kübler-Ross, para os familiares, a culpa talvez seja a companheira mais dolorosa da morte. Em geral, os parentes se culpam devido a ressentimentos verdadeiros para com o falecido ou por terem sido poupados enquanto seu ente querido se foi ^{14, 23}.

Estudos propõem estratégias de enfrentamento ao luto como o apoio social a partir da rede familiar ou social, resiliência e capacidade de lidar com a perda. O apoio social é frequentemente declarado como o fator mais importante no enfrentamento após a morte de um parente, pois é um meio de exteriorizar o sentimento de angústia, mágoa, e encontrar uma ajuda. As pessoas enlutadas podem querer falar sobre seu ente querido falecido com outras pessoas, inclusive com os médicos que cuidam delas ²⁵. Kübler-Ross recomenda que deixe o parente falar, chorar, gritar, estando sempre à disposição. A ajuda não é necessariamente com conselhos profissionais, e sim com o apoio de outro ser humano. A raiva do enlutado deve ser

tolerada e suas necessidades compreendidas, para que possam ser auxiliados para diminuir a culpa, a vergonha ou o medo de um castigo ¹⁴.

Devido ao grande número de famílias enlutadas durante uma pandemia, grupos de suporte ao luto têm um papel terapêutico importante. Podem ser empregadas intervenções não farmacológicas (terapia individual, familiar e de grupo, intervenções cognitivas e comportamentais, utilização de serviços de saúde mental) e farmacológicas.

Famíliares enlutados podem experimentar intensa culpa por terem sobrevivido, manifestada como disforia ou questionamentos sobre o significado da vida e o motivo de terem sido poupados e seu ente querido não. A psicoterapia pode auxiliar no processamento e elaboração dos pensamentos dolorosos que contribuem para a sensação de culpa ⁹.

As intervenções farmacológicas englobam o tratamento da angústia ao invés do luto propriamente dito (já que não é um transtorno psiquiátrico). É recomendado o tratamento de ansiedade e pânico com benzodiazepínicos, insônia com trazodona, melatonina ou outros sedativos. Caso seja diagnosticado um quadro depressivo, é recomendado o tratamento padrão ^{1, 25}. Se o luto agudo persistir por mais de um ano e estiver associado a um comprometimento substancial da funcionalidade, uma avaliação com a hipótese diagnóstica de um luto complicado se faz necessária, e encaminhamento a serviços especializados de saúde mental ²⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 59 anos, professora de Artes, viúva, católica, 2 filhos (um falecido).

A primeira entrevista com a paciente foi em abril de 2021, 3 semanas após o falecimento do filho mais velho, de 38 anos, por Covid-19.

Em consulta inicial, a paciente estava inconsolável, parecia não entender o motivo de estar em uma consulta médica, já que não queria ajuda, apenas afastamento do trabalho por não conseguir desempenhar suas funções. Estava chorosa, fragilizada e tentava se acolher em seus próprios braços, sem sucesso. Queixava-se de insônia, sensação de culpa intensa pela morte de seu filho, raiva, dores no peito, náuseas, falta de apetite e insônia. Dizia estar com muita raiva de todos que “desprezam a vida” se referindo a pessoas que não seguem as medidas sanitárias propostas para conter a pandemia. Contou que desde o falecimento de seu marido, em 2004, “perdeu o direito de morrer”, já que passou a se sentir integralmente responsável por seus 2 filhos. Nessa ocasião, foi introduzida paroxetina 20mg e clonazepam 0,5mg, visando melhora dos sintomas ansiosos e da insônia.

Após um mês da primeira consulta, a paciente mantinha sua apresentação, sempre chorosa, lamentando pela perda de seu filho, sentindo-se culpada por ter sido quem o levou ao hospital, onde ele faleceu. Dizia que gostaria de morrer para reencontrá-lo. Conta que tinha planos de presenteá-lo com algumas obras de arte de sua autoria, mas não fala mais sobre isso e queixa-se de incômodo ao ser cuidada por seu outro filho, por se sentir um fardo. Fala sobre o quanto sente falta do abraço de seu filho e que tem dias que o espera em casa para tomar café da manhã e depois se lembra que ele não aparecerá. Relatava muita raiva de Deus e do mundo.

Nos meses seguintes, paciente manteve os sintomas e apresentação psicopatológica descritos acima, com discurso permeado por culpa por ter levado seu filho ao hospital, raiva e inconformismo em relação ao falecimento de seu primogênito, já que o “hospital é um local para se salvar e não matar alguém”. Dizia não compreender como isso aconteceu. Externava em todas as consultas ter o desejo

de morrer para encontrá-lo e cuidar dele, não queria tomar vacina para correr o risco de adoecer e morrer da mesma forma que seu filho, pensava em formas de tirar sua vida, mas dizia se sentir muito fraca para tomar qualquer atitude. Comentava também que ela é quem deveria ter morrido e não seu filho. Mantinha queixas de angústia, insônia, náuseas, falta de apetite e dores no corpo, além de se apresentar visivelmente angustiada, chorosa, desvitalizada, com pensamentos de morte e com o campo vivencial estreitado. Expressava o desejo de tirar sua vida, sem planejamento, mas comentava que seria possível que não mais encontrar-se-ia nas consultas. A medicação foi ajustada conforme a necessidade, chegando a Paroxetina 60mg e associação de Pregabalina até 150mg, com o objetivo de reduzir o quadro ansioso e de angústia, sem melhora clínica.

No quinto mês de tratamento optou-se então pela troca da paroxetina pela venlafaxina e introdução da olanzapina, com vistas à melhora do sono e dos sintomas depressivos, além de clonazepam, conforme necessidade (se ansiedade intensa). Após 6 meses de acompanhamento, paciente persistia com o mesmo discurso, de lamentação e culpa, descrevendo de maneira detalhada episódios vividos enquanto seu filho esteve internado, sobre o dia que o levou ao hospital e sobre seu medo crescente de atender ao telefone durante esse período, algo que perdura até os dias de hoje. Dizia que passou a apresentar discreta melhora da angústia e do sono com o clonazepam 0,5 mg, que havia sido introduzido após a primeira avaliação com o objetivo de reduzir a angústia, sem melhora naquele momento, portanto suspenso e reintroduzido posteriormente com boa resposta nesta ocasião. Apesar disso, mantinha dores, principalmente de cabeça e náuseas.

Paciente versava sobre a necessidade persistente de reencontrar seu filho, apesar de desejar estar morta. Sempre retorna às

consultas e aceita o agendamento do próximo encontro. Proposto à paciente nova consulta em breve, quando abordar-se-iam suas obras de arte e outras formas de afeto. Paciente fala, pela primeira vez, sobre o carinho que vem recebendo de seus alunos e sobre um desejo, ainda tímido, de retomar algumas obras inacabadas, encerra a consulta com agradecimentos e confirmação de comparecimento à próxima consulta.

Atualmente, paciente encontra-se em acompanhamento psiquiátrico, com uso da medicação e acompanha em grupo de psicoterapia para enlutados, sem previsão de alta da assistência médica.

DISCUSSÃO

Na literatura existe uma gama de definições e descrições do luto, de suas fases, dos mecanismos de enfrentamento e das formas de auxílio ao enlutado. Após o início da pandemia, novas características e dificuldades foram identificadas no processo do luto. Apesar das ricas descrições e relatos de formas de resolução ou apoio ao enlutado, a vivência individual se mantém única, não há regras, ordem ou lógica no sofrimento de cada um.

O luto causado pelas mortes em consequência da pandemia pode ser comparado ao luto por desastres naturais, o que agrava seu processo e aumenta o risco de luto complicado.

Assim como no caso trazido, mãe que perde seu filho por uma infecção causada pelo vírus que nomeou a pandemia, tem seu próprio sofrimento agravado pela convivência diária com notícias que remetem à sua perda, cercada de pessoas que passam pelo mesmo luto todos os dias, intensificado pela negligência governamental e de outros indivíduos na comunidade. Ao longo do acompanhamento da paciente, é possível identificar fases e discursos que permeiam as etapas do luto como negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. A negação quando comenta que em alguns dias

espera que ele chegue em sua casa para tomar café da manhã juntos, a raiva persistente em todas as consultas, direcionada a Deus, ao hospital e a todos que negligenciam a saúde. Em alguns momentos barganha sua vida, dizendo que deveria ter morrido no lugar de seu filho. Persiste na depressão ao longo das consultas, com sintomas como isolamento social, choro, lamentações, tristeza, culpa e desejo de morte. Por fim, em última consulta, demonstra alguma aceitação ao dizer que pensa em retomar algumas obras de arte inacabadas e que sente falta de seus alunos, de quem vem recebendo muito carinho. Todo seu processo permanece majoritariamente na fase de enfrentamento orientada pela perda, caminhando em seu próprio tempo para o enfrentamento orientado para a restauração, ainda distante.

O caso da paciente, assim como tantos outros, não é passível de descrição em palavras, como Stroebe e Schut pontuam, uma esposa que perde o marido se torna uma viúva, um filho que perde os pais se torna órfão, mas não há palavras para uma mãe que perde seu filho.

CONCLUSÃO

O luto pela vida antes da pandemia e, acima de tudo, por cada indivíduo que adoeceu e pereceu pela infecção do novo coronavírus tem grande impacto na sociedade e na saúde mental da população. Se anteriormente à pandemia a morte já era temida e o luto trazia uma série de desafios e adversidades que demandavam resiliência e a criação de estratégias de enfrentamento, agora isso foi intensificado pelos índices galopantes de óbitos e novas infecções, associados à dificuldade na realização de cerimônias e encontros sociais onde o luto e suas vivências são reconhecidos perante a sociedade, além da negligência do governo perante os acontecimentos.

O conhecimento a respeito das definições e etapas do processo do luto, bem como formas

de auxiliar e tratar (quando necessário) o enlutado, instrumentalizam para um melhor acolhimento e direcionamento do indivíduo em sofrimento. Apesar disso, é importante lembrar que o processo de cada pessoa é único

e solitário. Como profissionais de saúde e, acima de tudo, seres humanos, é fundamental demonstrar solidariedade e disponibilizar-se para dar o suporte necessário na jornada individual de cada um.

REFERÊNCIAS

1. Huremovic D (Ed.). Psychiatry of Pandemics: a mental health response to infection outbreak. Gewerbestrasse: Springer Nature; 2019.
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) epidemiological Updates and Monthly Operational Updates / situation reports; 2020.
3. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center. COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [Internet]. 2023 [cited 2024 Set 18]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. Matias T, Dominski FH, Marks DF. Human needs in COVID-19 isolation. J Health Psychol. 2020;25(7):871-82.
5. World Health Organization. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. United Nations; 2020.
6. Purssell E, Gould D, Chudleigh J. Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: systematic review with meta-analysis. BMJ Open. 2020;10(2):e030371.
7. Brown E, Gray R, Lo Monaco S, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, et al. The potential impact of COVID-19 on psychosis: a rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. Schizophr Res. 2020;222:79-87.
8. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395(10227):912-20.
9. Brunoni AR, Suen PJ, Bacchi PS, Razza LB, Klein I, Santos LA, et al. Prevalence and risk factors of psychiatric symptoms and diagnoses before and during the COVID-19 pandemic: findings from the ELSA-Brasil COVID-19 mental health cohort. Psychol Med. 2023;53(2):446-57.
10. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. Death Stud. 1999;23(3):197-224.
11. Cavalcanti AK, Samczuk ML, Bonfim TE. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. Psicól Inf. 2013;17(17):87-105.
12. Freud S. Luto e Melancolia. In: Freud S. A história do Movimento Psicanalítico, artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Rio de Janeiro: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; 1996. p.245-63.
13. Fuchs T. Presence in absence. The ambiguous phenomenology of grief. Phenom Cogn Sci. 2018;17:43-63.
14. Kübler-Ross E. Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
15. Diolaiuti F, Marazziti D, Beatino MF, Mucci F, Pozza A. Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. Psychiatry Res. 2021;300:113916.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial COE – COVID-19 [Internet]. 2020 (citado 2024 Ago 10) Brasília, DF. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020?b_startint=30>.
17. Eisma MC, Boelen PA, Lenferink LI. Prolonged grief disorder following the Coronavirus

- (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Res.* 2020;288:113031.
18. Mayland CR, Harding AJ, Preston N, Payne S. Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(2):e33-e39.
19. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):e70-e76.
20. Gesi C, Carmassi C, Cerveri G, Carpita B, Cremone IM, Dell’Osso L. Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Front Psychiatry.* 2020;11:489.
21. Crubézy E, Telmon N. Pandemic-related excess mortality (COVID-19), public health measures and funerary rituals. *EclinicalMedicine.* 2020;22:100358.
22. Sunde RM, Sunde LM. Luto Familiar pela Covid-19: dor e sofrimento psicológico. *Rev Interfaces.* 2020;8(3)703-10.
23. Shear MK, Reynolds III CF, Simon NM, Zisook S, Stein MB. Complicated grief in adults: treatment. In: Post TW, (Ed.). *UpToDate.* Waltham: Uptodate; 2018
24. Shear MK, Reynolds III CF, Simon NM, Zisook S, Stein MB. Grief and bereavement in adults: clinical features. In: Post TW, (Ed.). *UpToDate.* Waltham: Uptodate; 2018.
25. Porter N, Claridge AM. Unique grief experiences: the needs of emerging adults facing the death of a parent. *Death Stud.* 2021;45(3):191-201.
26. Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged Grief Disorder: course, diagnosis, assessment, and treatment. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2021;19(2):161-72.