

***LUTO NA MATERNIDADE: A QUESTÃO DA IDENTIDADE
FEMININA NUM CASO DE ABORTO***

***Mourning Motherhood: The Issue of the Feminine Identity
in Case of Abortion***

Marcella Villela Carvalho

RESUMO

Os objetivos do estudo foram compreender como é trabalhada a melancolia na questão da identidade feminina, num caso de aborto; identificar a distinção de luto e melancolia segundo a teoria freudiana e verificar o processo do luto materno no aborto e a construção da identidade feminina. A metodologia utilizada constituiu-se num estudo do caso de uma paciente que vivenciou as reações emocionais de um aborto. O estudo considera a necessidade de a mãe enlutada encontrar alguém que lhe permita deixá-la retratar, nas palavras e emoções, a sua dor pela perda de um ente querido, um bebê expulso de seu ventre, um aborto. Pode-se concluir que a tristeza é uma reação normal a qualquer infortúnio. A maioria, dos episódios, mais intensos de tristeza é provocada pela perda. Uma pessoa triste anseia pelo retorno daquele que perdeu.

Palavras-chave: Maternidade. Melancolia. Luto. Aborto.

ABSTRACT

The objectives of the study were to understand how is crafted melancholy in the issue of the feminine identity in a case of abortion; identify the distinction of mourning and melancholy according to Freudian theory and verify the process of mourning mother in abortion and the construction of feminine identity. The methodology used was in a case study, a patient who experienced the emotional reactions of an abortion.

Keywords: Motherhood. Melancholy. Mourning. Abortion.

LUTO E MELANCOLIA: UMA VISÃO PSICANALÍTICA

O luto vincula-se a uma reação que os sujeitos sentem com a perda de um ente querido, porém não se considera como uma condição patológica. Acredita-se que após algum tempo seja superado. No entanto, vale ressaltar que o luto adquire forma diferente de pessoa para pessoa, de acordo com a preparação do sujeito enlutado e com sua vivência.

“O luto é, em geral, a reação frente à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que faça suas vezes, como a pátria, a liberdade, um ideal, etc.” (FREUD, 1917[1915], p. 241). Freud afirma ainda que o luto normal é um processo longo e doloroso que acaba por resolver-se por si só.

Nesse sentido, Mannoni (1995 *apud* GIORGI, 2011, p. 8), segue a interpretação de Freud ao afirmar que: “o trabalho de luto consiste, assim, num desinvestimento de um objeto, ao qual é mais difícil renunciar na medida em que uma parte de si mesmo se vê perdida nele”.

Complementando as visões anteriormente citadas, tem-se a explicitação de Giorgi (2011):

O luto pela perda de uma pessoa amada envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem [...] o entorpecimento, que é a primeira fase, dá lugar à saudade, e esta dá lugar á desorganização que se dá a recuperação (GIORGI, 2011, p. 8).

Nesse contexto, a teoria freudiana mostra que para os psicólogos, o luto se apresenta como um enigma, no que concerne à perda de um objeto de amor. No entanto, mesmo que seja o luto tão doloroso, poderá chegar ao fim espontâneo. E só depois que o sujeito enlutado renunciar a tudo que foi perdido, a sua libido ficará livre para substituir o objeto que perdeu, por outro semelhante, tornando-o ainda mais precioso.

Para Freud (1916 *apud* GIORGI, 2011, p. 8):

Algumas pessoas, ao passar pela mesma situação de perda, em vez de luto, produzem melancolia, o que provocou em Freud, a suspeita de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Para justificar essa premissa, o autor fez uma série de comparações entre o luto e a melancolia, tentando mostrar o que ocorre psiquicamente com o sujeito em ambos os casos (FREUD, 1916 *apud* GIORGIO, 2011, p. 8).

O luto é um processo muito doloroso e Freud teve uma grande influência sobre o seu conceito em psicanálise, pois se preocupou em diferenciar luto e melancolia. No luto há uma perda consciente; na melancolia, a pessoa sabe quem perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém. Assim, Freud (1996) explicita:

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade, ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Também vale a pena notar que, embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele (FREUD, 1996, p. 249).

Nesse sentido, acredita-se que o luto pode ser elaborado depois de algum tempo e, Freud (1996) mostra, ainda, alguns traços mentais distintivos da melancolia como:

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesses pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (FREUD, 1996, p. 249).

Desse modo, Freud (1996) revela que os mesmos traços são encontrados no luto, porém com a exceção da perturbação da autoestima que está ausente no luto, sendo que as características são as mesmas. No luto, também, encontra-se o estado de espírito penoso, a perda de interesse pelo mundo externo.

Ao concluir o trabalho do luto, o ego fica outra vez livre e desinibido. Freud (1996) expressa que as pessoas têm um grande dispêndio de tempo e de energia catexial, ao prolongar psiquicamente a existência do objeto perdido. Considera-se esse fato como algo natural, visto que há inibição e perda de interesse, pois o ego está absorvido no luto, nada existindo de inconsciente em relação à perda que o enlutado sofreu.

Vale a pena realçar sobre a melancolia, que diante de algumas características fenomênicas, encontradas na obra de Freud: “Luto e Melancolia”, as quais Ferrari (2005) fundamenta:

Freud conhecia algumas características fenomênicas, existentes na época, que tipificavam a melancolia: perda de interesse pelo mundo, perda da capacidade de amar, surgimento de inibição da produtividade, autoacusações, auto-denegrimiento, expectativa delirante de castigo, insônia, anorexia, capacidade de reverter-se em mania e perda objetual retirada da consciência. Foi além da aparência e formalizou que essas características se sustentavam nas premissas de perda da consciência, o que não ocorre no considerado luto normal, já que nele falta a perturbação do sentimento de si – ainda que o paciente apresente algumas das características descritas para a melancolia -, tão típica da melancolia (FERRARI, 2005, p. 107).

Desse modo, reforçam-se as características típicas da melancolia, considerando que Freud entendia a melancolia não como um distúrbio ou transtorno do humor, mas como o luto pela perda da libido, e que não se trata de qualquer luto.

Ao estudar sobre o luto e melancolia como uma reação à perda de um objeto, tem-se outra reação que é a angústia. De acordo com Freud e Lacan, a angústia se manifesta diante de algo.

Nesse sentido, Miller (2005, p. 101) afirma que: “a angústia é uma presença que escapa a qualquer saber. Suas manifestações afetam o corpo do sujeito que fala, corpo libidinal”.

A partir do que foi dito, pode-se concluir que é a angústia é um “Objeto distinto dos objetos de desejo que podem ser apresentados ao sujeito no sonho, recobertos pelo imaginário, ligados ao recalcado” (MILLER, 2005, p. 101). Sendo assim, a perda do objeto amado deixa lugar para a angústia.

Freud, na visão psicanalítica, estabeleceu uma distinção entre a melancolia e a depressão. A depressão é apontada como uma das principais formas de manifestação de sofrimento psíquico.

Birman e Fuks (1999) *apud* (TEIXEIRA, 2005) dedicaram-se a compreender a depressão como o mal da contemporaneidade, relacionando-a com a organização social, econômica e política.

Scliar (2003 *apud* Teixeira, 2005) explicita:

Melancolia é o termo mais antigo para a patologia dos humores tristes. Entretanto, nem sempre esteve sob o domínio do campo psiquiátrico, psicanalítico e filosófico. O termo e suas diferentes formas de uso estão relacionados com sua história: é muito antigo, anterior ao advento das ciências modernas. [...] Também na Bíblia encontramos a presença da melancolia, a velha imortal que resistiu aos tempos, arrolou-se pelos séculos, habitou os velhos mosteiros, vagou errante pelas terras medievais, presenciou o nascimento das grandes cidades, sucedeu à terrível peste negra, adentrou o renascimento, foi musa do romantismo e resistiu fortemente até meados do século XX, período em que foi substituída pela depressão (SCLIAR, 2003 *apud* TEIXEIRA, 2005, p. 42).

Já no século XX, inicia-se uma substituição progressiva do termo “melancolia” pelo científico termo “depressão”: “uma doença cerebral caracterizada por tristeza, abatimento e desgosto de viver, acompanhados de um delírio em uma ideia fixa” (TEIXEIRA, 2005, p. 47).

Segundo Moreira (2002) e Delouya (2001) (*apud* TEIXEIRA, 2005), a substituição do termo por “depressão”, ocorreu devido a uma tendência da psiquiatria do final do século XIX e durante a sua consolidação no século XX. No início do século XX destacaram-se duas correntes interpretativas que se desenvolveram referente ao tratamento e à compreensão da depressão e da melancolia: a psiquiatria e a psicanalítica.

Vale ressaltar, segundo Berlinck e Fédida (2000 *apud* TEIXEIRA, 2005, p. 52), que, ao referir-se à depressão, mostram: “as recentes publicações psiquiátricas tendem a dissolver a melancolia na depressão e que, aquilo que no passado era chamado de ‘melancolia’, hoje é denominada ‘depressão’”. O termo ‘depressão’ passa a predominar na psiquiatria, sob as modernas classes de transtornos afetivos (CID-10) ou transtornos de humor (DSM-IV).

Conforme visto anteriormente, a outra corrente no que se refere ao estudo da depressão-melancolia é a psicanalítica. Esta foi representada inicialmente por Freud, como Teixeira (2005) revela:

A psicanálise oferece uma visão bem diferente desta, e coloca a depressão e a melancolia em outros registros, não somente biológico. Freud situou os estados de melancolia e depressão no registro da perda, preocupando-se em compreender a maneira como cada indivíduo pode reagir psiquicamente a ela. O luto foi definido como o espaço paradigmático por excelência da vivência e da elaboração de

situações de perda e de frustração. Levando em conta a realidade psíquica, a psicanálise se volta para a compreensão dos significados subjetivos conferidos pelo sujeito às situações de perdas difíceis de serem elaboradas. Assim, em muitos casos, é possível que o sujeito necessite de um recolhimento psíquico para a elaboração de uma frustração. Muitas vezes, é neste espaço que se manifestam os afetos depressivos, que podem ser compreendidos como necessários. A dificuldade em elaborar perdas e vivenciar um luto está basicamente ligada à melancolia e à depressão. Esta é a maior e mais radical contribuição de Freud (TEIXEIRA, 2005, p. 53).

Nesses termos, a teoria freudiana revela que o termo depressão refere-se a um afeto, estado ou sintoma; e, melancolia, refere-se a um estado depressivo mais intenso, mais grave. Dessa forma, afirma haver uma diferença entre depressão e melancolia, no que se refere à descrição do quadro clínico. Emprega-se melancolia para fazer referência a uma psicopatologia específica, demarcada; e depressão emprega-se para descrever estados, afetos e sintomas de natureza penosa que envolve tristeza, desgosto, preocupação e inibição geral.

A psicanálise mostra que o desenvolvimento psíquico, desde o início, se dá por meio da elaboração de perdas. Vale ressaltar a necessidade, em muitos casos de depressão, um tratamento que combine psicoterapia e farmacoterapia.

O PROCESSO DO LUTO MATERNO E A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE FEMININA

A mulher grávida prepara-se para a espera do bebê, um ser desejado. E essa mulher, uma futura mãe, passa por mudanças, tanto físicas como emocionais: vive um período de grande expectativa da chegada do bebê em seu convívio.

Segundo Lucas (1998, *apud* VALENTE; LOPES, 2011):

Estar grávida exige esforços físicos e psicológicos que delineiam mudanças físicas, corporais, hormonais e metabólicas, bem como as psicológicas, na interpretação de que o período gravídico é conflituoso e ambivalente, já que faz ressurgir algumas das vivências mais precoces da vida de uma mulher. É no apontamento destas mudanças – que requerem energia para manter o equilíbrio biológico e psicológico da gestante –, que a autora diferencia o estar grávida do ser mãe; as mudanças, no olhar predominante para a maternidade e

não para a gestação, partem de um desejo de ter um filho e vivenciar todo este momento na expectativa de recebê-lo (LUCAS, 1998, *apud* VALENTE; LOPES, 2011, p. 2):

Além de todas essas mudanças que a mulher passa, Maldonado (2003 *apud* VALENTE; LOPES, 2011) expressa sobre o ciclo gravídico-puerperal:

O ciclo gravídico-puerperal como uma transição existencial importantíssima na vida de uma mulher, porque não só as modificações corporais ocorrem no corpo feminino, mas as maneiras de ser mulher (que se relacionam diretamente com o aspecto corporal de existência) e, por conseguinte, de se relacionar com o seu acompanhante ou cônjuge, e mesmo com outras pessoas (MALDONADO, 2003, *apud* VALENTE; LOPES, 2011, p. 2).

O período de gravidez diferencia-se de mulher para mulher, de forma individualizada, baseando em sua vivência emocional e outros envolvimento como processo de mudanças e adequações, desejos, escolhas e renúncias. Assim, o corpo da futura mamãe concentra-se no desenvolvimento desta gravidez, esperando um bebê saudável.

Porém, a morte do bebê, ainda em seu ventre, produz certo desconforto psíquico em relação ao trabalho de luto por essa mãe. Para Freitas (2000), ao perder o bebê desejado, a mãe sente-se num espaço vazio de sua vida, falta-lhe sentido para sobreviver, torna-se muito frágil com a situação que depara naquele momento, o que representa a impossibilidade de significação. O trabalho de luto, segundo o mesmo autor, exige dessa mulher um esforço muito grande que possa resgatar as partes perdidas de seu ego, sendo que foram projetadas no objeto de amor perdido: o seu bebê.

No entanto, o luto para a mulher inicia-se durante a própria gravidez, isto é, a mulher passa por muitas perdas, dentre elas tem-se a perda do estágio de filha que a partir deste momento torna-se mãe, já que toda mulher é primeiro filha; no que concerne à vida conjugal, até agora eram dois, e também se perde a relação a dois, pois descobrem que agora chegará um bebê. E, assim, se ganha uma nova posição social, a posição materna.

Ao referir-se ao luto materno, neste estudo, concernente ao aborto, há o sofrimento por uma perda. A mulher, ao deparar-se com o aborto, apresenta ou

desenvolve o luto narcísico, a perda de autoestima e um momento de melancolia.

Assunção e Tocci (2003) contribuem com o estudo ao apresentarem sua definição sobre o aborto:

Aborto é um assunto tão vasto quanto complexo, devendo ser tratado não só do ponto de vista individual, pôr suas várias dimensões, como também do ponto de vista da relação pela trama de implicações que abrange. Aborto tem uma conotação extremamente negativa. Deriva da palavra latina *oriri*, mas o prefixo *ab* (aboriri), que é a morte antecipada. É considerado aborto a interrupção da gestão antes das 20 semanas, onde o feto pesa 500g ou menos (ASSUNÇÃO; TOCCI, 2003, p. 5).

No que se refere à constituição da identidade feminina, segundo Assunção e Tocci (2003), ela se dá pela integração contínua de três grandes sistemas: o biológico, o social e o psicosssexual, que são interdependentes.

No que concerne ao plano biológico, Assunção e Tocci (2003) explicitam que na constituição da identidade há uma profunda diferença entre os sexos na experiência do plano básico do corpo humano:

Tais experiências são importantes durante a vida toda do indivíduo para a elaboração dos papéis sexuais no espaço tempo cultural. Para a mulher, dada a sua própria conformação anatômica, a maneira mais objetiva de exercer atividades generativas, único meio pelo qual o ser adulto, maduro, consegue manter seu sentido de totalidade e de razão de ser, é através da reprodução (ASSUNÇÃO; TOCCI, 2003, p. 6).

No mais, ao revelar sobre a visão tradicional de ver a mulher com a função procriativa, percebe-se ainda que com o progresso tecnológico as mudanças em sua trajetória se desenvolveram como o controle da natalidade, a sua grande participação no mercado de trabalho, nas universidades. Porém, a gravidez e o parto, permanecem como um desejo básico de toda mulher; presencia-se um sentimento muito gratificante da mulher no que concerne à constituição de sua identidade feminina e diante da maternidade, como ciclo vital da família.

Conclui-se, assim, que a mulher diante da gravidez passa por mudanças profundas para assumir novos papéis, responsabilizar-se pelas transformações biológicas, e, mais ainda, envolver-se com os riscos resultantes de suas escolhas.

Da mesma forma, deve buscar ajuda quando diante das reações emocionais referentes ao aborto, diante da dor física e emocional, sentimentos de depressão, angústia e melancolia, além de insegurança para voltar ao ritmo normal mais saudável. Observa-se, no entanto, independente das particularidades de cada caso, o diagnóstico de vida. Assim, o aborto caracteriza-se com a quebra de um vínculo afetivo e o luto, como um desequilíbrio entre a dificuldade de enfrentar o problema e da disponibilidade dos recursos pessoais necessários para lidar com a situação inusitada.

ESTUDO DE CASO

Caso clínico

1 - Dados de identificação: L., de 35 anos de idade, natural de Ituiutaba, dona de casa, católica, começa a sessão dizendo que estava esperando uma transferência para retirar o bebê em Uberlândia MG ou Araguari MG, ou a chegada de um remédio que “expulsaria” o bebê de seu útero, de forma que ela não precisaria viajar para uma intervenção medicamentosa. **(E se expulsa coisas indesejadas)**. L disse que estava grávida de 6 para 7 meses. “Essa perda faz falta para mim...” **(Escuto falta para se sentir mulher)**. “Minha hipertensão foi a causa da morte do meu bebê”. **(Escuto que ela sente uma culpa, uma responsabilidade pela morte desse bebê)**. Ela tem um filho, o primeiro, que tem 10 anos de idade. Ela suspeitou da morte porque o bebê parou de mexer **(Eu escuto mexer com quem???)**. Em seguida, ela foi ao médico e o óbito do feto foi constatado, pois o bebê não apresentava sinais vitais. Ao falar disso, ela chorou. “Eu preferia ter morrido junto com o bebê do que estar sofrendo desse jeito”. Perguntamos com quem ela conta nesse momento e ela disse que conta com seu marido **(Eu escuto marido-bebê)**. “Quero outro filho, meu marido não...” **(Eu escuto o marido não me corresponde. E escuto também a possibilidade de ela não “querer” esse marido)**.

Na sessão seguinte: “Sinto uma tristeza muito forte quando vi meu pai morrer... Eu estava sentada no colo dele e vi ele ser baleado na minha frente...” (Nesse momento eu percebo e escuto que a morte do filho desencadeou a lembrança da dor sentida pela morte do pai. E também escuto que esse pai morreu num momento em que ela estava sendo acolhida (sentada no colo), um pai **que morreu. (O bebê morreu)**.

Na sessão seguinte ela percebe que esse procedimento medicamentoso é mais seguro para ela do que uma intervenção cirúrgica. Ela disse estar melhor emocionalmente, em relação ao atendimento anterior. “Quero ficar sozinha para ter maior liberdade para chorar...” (**Ela expulsa a escuta da terapeuta**). “Não gosto e não quero ir nos quartos das outras mães para não incomodá-las e não ver o bebê dos outros... não me imagino voltando para casa sem meu bebê...” (**Eu escuto voltar pra casa sem o bebê que a frustrou, que não correspondeu a ela**). Ela chora novamente e diz que vai continuar insistindo com o marido para ter outros filhos. Disse estar chateada porque o remédio (**ou o bebê???**) não havia chegado. Em seguida, perguntamos se ela sabia por que o remédio ainda não tinha chegado. Ela diz não ter ideia do que possa ter acontecido.

Na sessão seguinte perguntei se o procedimento médico já havia sido realizado. Ela disse que o mesmo já havia acontecido sim. Ela disse ter tomado a medicação às 16h30min do dia anterior e aguardou até às 22 horas, quando outra dose da medicação foi aplicada, o que fez aumentar as contrações. Um pouco antes das 5 horas da manhã, L foi ao banheiro e quando retornou e deitou-se, sentiu fortes contrações que resultaram na expulsão do feto em cima da cama.

“Estou muito triste, muito triste mesmo. Prefiro não falar sobre o assunto... Sinto um grande vazio...” E chorava. (Escuto um grande vazio no útero). Um vazio que se apresenta também na fala da paciente, exatamente por perceber tentar suprir, tentar lidar com uma falta, uma perda que muitas vezes é muito difícil e dolorosa. Percebo que a partir desse vazio, desse silêncio, L pode estar tentando reconstruir sua identidade a partir da morte desse bebê. No dia seguinte L recebeu alta médica e não quis continuar os atendimentos, mesmo sabendo que ela poderia continuar recebendo atendimento psicológico clínico no NEAP – Núcleo de Ensino e Aplicações em Psicologia - local em que existe atendimento psicológico gratuito, quando tivesse alta médica.

Noto também minha dificuldade de escutar essa paciente que fala sobre essa perda tão dolorosa. Uma dificuldade de escutar sobre esse vazio dela e de ajudá-la. Talvez por uma dificuldade que eu também tenho em lidar com perda. E isso pode sim ter comprometido a relação psicoterápica. E é importante tentar entender que mesmo os terapeutas devem trabalhar as emoções despertadas pela morte, as quais precisam ser sentidas, manuseadas e compreendidas. E parece haver duas opções de conduta: viver sofrendo, com remorsos, culpa, ou enfrentar tais sentimentos, superá-los e deles sair com a aceitação da morte e um compromisso com a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de caso mostrou uma mãe enlutada, norteadada pelas emoções, sentimentos, dor e sofrimento. Dessa forma, percebe-se que o diagnóstico dessa paciente é LUTO, principalmente pelo fato de ela manifestar a vontade

de ser enterrada, de morrer junto com o objeto para o qual luto é dirigido, ou seja, o bebê.

Ao mesmo tempo, o estudo considera a necessidade de a mãe enlutada encontrar alguém que lhe permita deixá-la retratar, nas palavras e emoções, a sua dor pela perda de um ente querido, um bebê expulso de seu ventre, um aborto. É possível perceber a importância de um profissional especializado disponibilizar um momento de escuta para esses pacientes que sofrem pela perda de um objeto de amor.

Nesse contexto, contam com profissionais especializados dentro da área da saúde e, também, psicólogos que podem ajudar as mães enlutadas a compreender melhor a dor, os sentimentos e as reações. Assim, espera-se que o psicólogo (a) ofereça apoio ao desamparo, que ao ouvir a paciente se torne aliado (a) à sua dor e ao seu desespero.

A autora deste estudo, além de colher informações, mostrou à mãe enlutada acolhimento, respeito, espaço para que manifestasse a sua dor, ouvindo-a atentamente, desempenhando com ética e de forma humanizada a sua atividade profissional.

Evidenciou-se que o luto é um sentimento de pesar ou dor pela morte de um ente querido, sendo uma das experiências mais dolorosas para o ser humano. Em especial, o luto pela morte de um filho é sofrida com mais intensidade, pois há uma interrupção numa trajetória de vida tão esperada.

O processo de luto é essencial para que se possa superar essa perda tão importante, e nessa vivência cada pessoa reage de acordo com suas próprias características.

Inicialmente, a mãe enlutada passa por uma fase de crescente consciência de perda. E de acordo com a reação de cada pessoa em enfrentar a situação: ao ocorrer a elaboração do luto, passa por uma fase de recuperação prolongada, podendo tornar restabelecido o estado de saúde.

No entanto, a mãe enlutada que não consegue adequar-se à situação, provocando comportamento negativo, deve ser avaliada para que haja a intervenção necessária.

Na teoria freudiana, a melancolia existe também pela perda de um objeto querido, distingue-se do luto, pois em termos reais essa perda não existiu. Assim, o indivíduo melancólico desconhece a perda do objeto, reage como se tivesse perdido o próprio ego. Mostra falta de interesse por si próprio considera-se indigno e deseja a morte.

Portanto, tanto o luto como a melancolia é uma reação diante da perda do objeto amado. No luto admite-se que, após um tempo, ao ser elaborado, o indivíduo recupera a liberdade da sua libido. Na melancolia, o indivíduo sente uma profunda perda de autoestima, auto-reprovação e culpa. Na teoria freudiana, os melancólicos têm um superego severo.

Evidenciou-se no estudo que a mulher, diante da sociedade, sente-se como pessoa completa a partir do momento em que se torna mãe, como realização plena do feminino. Nesse sentido, a constituição da identidade feminina se dá de acordo com o comportamento de a mulher se adaptar e elaborar o luto, ao passar por uma situação de perda de um ente querido, neste caso, a perda do bebê.

Além disso, observa-se que a mulher costuma construir ou até mesmo buscar sua identidade através da maternidade e quando isso não ocorre, surge a necessidade de reconstrução dessa identidade feminina, visto que passa por muitas perdas, as quais certamente abalam a identidade de mulher. Dentre essas perdas tem-se a perda do estágio de filha, que a partir deste momento torna-se mãe e a perda do bebê que não nasceu.

E, também, é possível concluir que a tristeza é uma reação normal a qualquer infortúnio. A maioria, dos episódios, mais intensos de tristeza é provocada pela perda. Uma pessoa triste anseia pelo retorno daquele que perdeu.

Contudo, procurará ajuda ou consolo em alguma pessoa em quem tem confiança, talvez em um psicólogo e, em alguma parte de sua mente acreditará que com o tempo e assistência conseguirá em parte recuperar-se.

Finalmente, vale concluir que esse estudo acrescentou muito aos conhecimentos pessoais e profissionais da autora, a que percebeu a

importância do trabalho do psicólogo em situações de perda, de sofrimento. Acolher, escutar e ajudar o paciente a lidar melhor com sua dor, com sua angústia é a sua profissão, é a sua missão.

REFERÊNCIAS

- In: MOURA, Cristina M. **Uma avaliação da vivência do luto conforme: o modo de morte**. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Brasília, DF, 2006.
- ASSUNÇÃO, Aline Taborda; TOCCI, Heloísa Antonia. Repercussão emocional do aborto espontâneo. **Revista Enferm UNISA**, 2003; 4: 5-12. Disponível em: < www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/.../2003-01.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2011.
- CARON, N.; MALTZ, R. Intervenções em grávidas com anomalias congênitas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 16 (3), p. 202-207, 1994.
- FERRARI, Ilka Franco. Melancolia: de Freud as Lacan, a dor de existir. I **Jornada do Lábio**. 16 a 18 de novembro de 2005, Campus da UNIFOR.
- FREITAS, Neli Klix. **Luto materno e psicoterapia breve**. São Paulo: Summus, 2000.
- FREUD, Sigmund. . **A teoria da libido e do narcisismo**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1997. (Original publicado em 1916).
- _____. (1856-1939). **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Tradução do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. **Luto e melancolia**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmundo Freud. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916; 1917[1915].
- GIORGI, Eduardo. Um estudo teórico sobre a morte. Disponível em: <www.coladaweb.com/psicologia...>. Acesso em: 04 fev. 2011.
- MALDONADO, Maria Tereza. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatorios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003. In: VALENTE, Thaysa Zubek; LOPES, Cléa Maria Ballão. **A perda simbólica e**

a perda real: o luto materno. Disponível em:

<[www.unicentro.br/proec/publicacoes/salao 2008/artigos/Thaysa%20Zubke.pdf](http://www.unicentro.br/proec/publicacoes/salao%202008/artigos/Thaysa%20Zubke.pdf). Acesso em: 04 fev. 2011.

MILLER, J. A. **Introduction à La lecture Du Séminaire L'angoisse**. Paris: La causa freudienne, 2005, n. 59.

MOURA, Cristina M. **Uma avaliação da vivência do luto conforme:** o modo de morte. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Brasília, DF, 2006.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Décima Revisão - **CID-10**. São Paulo: EDUSP/Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doença e Problemas Relacionados à Saúde.

QUAYLE, J. Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997.

RAMONA-THIEME, M. **Becoming a mother: research on maternal identity from Rubin to the present**. New York: Spring Publishing, 1995.

RAPHAEL-LEFF, J. Introduction: technical issues in perinatal therapy. In: J. Raphael-Leff. **'Spilt milk' perinatal loss & breakdown**. London: Institute of Psychoanalysis, 2000.

TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. Melancolia e Depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da UNESP**, 4(1), 2005, 41.

AUTORA

Marcella Villela Carvalho, graduada em Psicologia pela Fundação Educacional de Ituiutaba – FEIT, associada à Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG, Campus de Ituiutaba-MG. É aluna do curso de pós-graduação em Psicopatologia Clínica da Universidade Paulista – UNIP-SP.

marcellavc@hotmail.com