



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
ROBENISE DE MELLO**

**A MULHER E O LUTO: A VIVÊNCIA DA MULHER DECORRENTE DO  
ADOCIMENTO E MORTE DO CÔNJUGE**

Palhoça  
2008

**ROBENISE DE MELLO**

**A MULHER E O LUTO: A VIVÊNCIA DA MULHER DECORRENTE DO  
ADOCIMENTO E MORTE DO CÔNJUGE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Psicologia da  
Universidade do Sul de Santa Catarina, como  
requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Eugênio Maliska

Palhoça  
2008

**ROBENISE DE MELLO**

**A MULHER E O LUTO: A VIVÊNCIA DA MULHER DECORRENTE DO  
ADOECIMENTO E MORTE DO CÔNJUGE**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção de título de Psicólogo e aprovado em sua forma final pelo Curso de Psicologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 21 de novembro de 2008.

---

Prof. e orientador Maurício Eugênio Maliska, Dr.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Tânia Nothen Mascarello, Msc  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Ivânia Jann Luna, Msc  
Universidade Vale do Itajaí

Dedico este trabalho em memória às pessoas que fizeram parte da minha vida e por fatalidades do destino, não estão mais presentes neste mundo. Mas se fizeram presentes pela influência da minha escolha por esse tema. De alguma forma, sinto que auxiliaram em meu crescimento pessoal, e agora também profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Sou eternamente grata, em primeiro lugar a minha família, por ser minha base, e minha referência de vida, mas principalmente por todo apoio, carinho e amor expressos por todos. Começo agradecendo meu pai Rogério, que se destaca por ser a minha força e todo o conceito que tenho de coragem, não deixando de lembrar todo seu esforço para financiar meus estudos no decorrer de toda minha vida. Minha mãe Maria, por seu apoio incondicional, sendo sempre minha conselheira e responsável por toda sensibilidade que possuo. E minha irmã Méri (Mana), a pessoa que mais me incentivou em minha trajetória acadêmica, me inspirando sempre por sua dedicação e confiança depositadas a mim. Minha gratidão a minha irmã é algo que se estende por toda minha vida, pois sem ela, possivelmente eu não teria seguido a vida acadêmica e nada disso teria sido possível.

Ao meu namorado Leonardo, meu amor e companheiro, estando sempre ao meu lado, presente nos melhores momentos, compartilhando minhas conquistas, e também nos mais difíceis, me incentivando a seguir em frente, sendo meu ouvinte, conselheiro e apoio.

Aos meus colegas e amigos que foram muito importantes nessa etapa, especialmente Thaís e Patrícia, que no decorrer deste percurso se tornaram grandes e verdadeiras amigas. Obrigado pela amizade sincera, pelos risos, companheirismo, confidências e apoio.

Meu sincero agradecimento a minha querida Prof<sup>a</sup> Tânia, que me deu suporte em um dos piores momentos da minha graduação, e me mostrou como é possível ser um excelente profissional e ao mesmo tempo possuir humildade e paciência em seus grandiosos ensinamentos, no qual levarei como modelo para toda minha vida.

Ao meu orientador Mauricio, pela dedicação, empenho e contribuições fundamentais para a realização desta pesquisa.

E para finalizar, agradeço a Prof<sup>a</sup> Ivânia por suas contribuições como banca de TCC1 e por aceitar novamente meu convite e participar deste momento tão importante de minha vida.

Obrigada a todos!

### SONETO DE SEPARAÇÃO

De repente do riso fez-se o pranto  
Silencioso e branco como a bruma  
E das bocas unidas fez-se a espuma  
E das mãos espalmadas fez-se o espanto.  
De repente da calma fez-se o vento  
Que dos olhos desfez a última chama  
E da paixão fez-se o pressentimento  
E do momento imóvel fez o drama.  
De repente, não mais que de repente  
Fez-se de triste o que se fez amante  
E de sozinho o que se fez contente  
Fez-se do amigo próximo o distante  
Fez-se da vida uma aventura errante  
De repente, não mais que de repente.  
(VINÍCIUS DE MORAIS)

## RESUMO

A morte do cônjuge é, em geral, algo muito significativo para a família e, principalmente, para a esposa, que se depara com uma nova realidade dentro do contexto familiar. Visando uma melhor compreensão acerca desse fenômeno, a presente pesquisa tem como objetivo principal compreender a maneira que a mulher vivencia o processo de luto decorrente do adoecimento seguido da morte do cônjuge. Para isso, descreve-se a relação conjugal antes do adoecimento, identificando a maneira que foi vivenciada a perda antecipada no processo de adoecimento e explorando o processo de luto vivenciado desde o momento do diagnóstico. Para alcançar esses objetivos, foram realizadas entrevistas com duas mulheres que perderam seus cônjuges por morte de adoecimento. A pesquisa é de natureza qualitativa de cunho exploratório com delineamento em estudo de caso. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro para entrevista semi-estruturada. Foram analisados os dados através de categorias selecionadas a partir dos objetivos da pesquisa e do conteúdo das entrevistas, sendo fundamentado através de referencial teórico. Na análise dos dados puderam-se identificar categorias relacionadas à relação conjugal, a perda antecipada supostamente vivenciada por elas e o processo de luto. Ao longo da análise verificou-se que a relação conjugal sofreu muitas mudanças após o adoecimento, principalmente no que se refere aos novos papéis desempenhados pelo casal. Foi possível verificar a perda antecipada a partir do diagnóstico da doença e também o processo de luto que, foi iniciado a partir do prognóstico terminal.

**Palavras-chave:** Mulheres. Relação Conjugal. Processo de Adoecimento. Processo de Luto.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fases do Luto.....	22
Quadro 2 – Dimensões do Luto.....	24
Quadro 3 – Dados Pessoais.....	33



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 PROBLEMÁTICA .....	10
1.2 OBJETIVOS .....	12
<b>1.2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2.2 Objetivo específico</b> .....	<b>12</b>
1.3 JUSTIFICATIVA .....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
2.1 O PROCESSO DE ADOECIMENTO PARA A FAMÍLIA.....	16
2.2 PROCESSO DE LUTO.....	20
<b>2.2.1 Luto Normal e Complicado</b> .....	<b>25</b>
2.3 MULHERES E A PERDA DO CÔNJUGE.....	28
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>32</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	32
3.2 PARTICIPANTES OU FONTES DE INFORMAÇÃO .....	32
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS.....	33
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE .....	33
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	34
3.6 PROCEDIMENTOS.....	34
<b>3.6.1 Da seleção dos participantes ou fontes de informação</b> .....	<b>34</b>
<b>3.6.2 Do contato com os participantes</b> .....	<b>35</b>
<b>3.6.3 Da Coleta e Registro de Dados</b> .....	<b>35</b>
<b>3.6.4 Da organização, tratamento e análise de dados</b> .....	<b>35</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE</b> .....	<b>37</b>
4.1 Relação Conjugal .....	37
<b>4.1.1 Emoções na Relação Conjugal</b> .....	<b>38</b>
<b>4.1.2 Rotina do Casal</b> .....	<b>39</b>
<b>4.1.3 Identificação Familiar</b> .....	<b>41</b>
4.2 Processo de Adoecimento.....	41
<b>4.2.1 Primeiro Contato com a Doença</b> .....	<b>43</b>
<b>4.2.2 Fatores Emocionais</b> .....	<b>45</b>

<b>4.2.3 Adoecimento Somático.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2.4 Período de Internação.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2.5 Relação com o Cônjuge.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2.6 Despedida .....</b>	<b>53</b>
<b>4.3 O Processo de Luto.....</b>	<b>54</b>
<b>4.3.1 Reações e Emoções frente ao falecimento.....</b>	<b>55</b>
<b>4.3.2 Relação com os Filhos.....</b>	<b>58</b>
<b>4.3.3 Suporte e Ações para superação da perda.....</b>	<b>59</b>
<b>4.3.4 Mudanças.....</b>	<b>61</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO B – Termo de Consentimento para Gravações de Voz.....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo é referente à pesquisa da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. A pesquisa está vinculada à disciplina do Núcleo Orientado em Psicologia e Saúde, assim como o estágio curricular realizado no Hospital de Caridade localizado em Florianópolis – SC.

O estágio tem como objetivo a promoção e proteção da saúde e prevenção de doença, para uma melhor qualidade de vida do cidadão. Bem como aperfeiçoar habilidades técnico-científicas dos estagiários, exigidas para o exercício da profissão para que se possa estabelecer associações entre teoria e prática.

Esta pesquisa tem o intuito de compreender a vivência da mulher frente ao adoecimento seguido da morte do cônjuge. Para um melhor entendimento desse sofrimento específico que acarreta mudanças em vários contextos da vida dessas mulheres, buscam-se dados científicos que possam oferecer promoção e prevenção de saúde, principalmente no que tange questões emocionais e psicológicas. Essa pesquisa está estruturada em quatro capítulos, para que se possa abranger os dados necessários.

O primeiro capítulo apresenta na sua introdução a formulação do problema de pesquisa, seguida dos objetivos e justificativa. No segundo capítulo, têm-se o referencial teórico que aponta conceitos e fundamentação teórica estruturado em três títulos: o processo de adoecimento para a família; o processo de luto; mulheres e a perda do cônjuge. No terceiro capítulo destaca-se o método que foi utilizado, a natureza da pesquisa, a classificação e os instrumentos que foram utilizados para coleta e análise dos dados. Para finalizar, o quarto capítulo trata-se da apresentação e análise dos dados obtidos através do método utilizado na pesquisa, bem como as considerações finais e referências utilizadas para o referencial teórico.

### 1.1 PROBLEMÁTICA

A morte de uma pessoa amada causa mudanças e sofrimento em diversos contextos da vida dos que ficam. A perda abrange todos os âmbitos da vida dessas pessoas que passam por uma série de reajustes como relações sociais, significado na família, papéis sociais e o significado de si mesmo para o mundo. Neste sentido é preciso reajustar-se a um ambiente em que o falecido está ausente.

Existem muitos fatores que podem influenciar nas respostas a uma perda significativa. A forma da morte, a maneira como a pessoa lida com a perda, a relação que existia entre o morto e o sobrevivente são alguns dos fatores mais importantes a serem levados em consideração. Para tanto é pertinente investigar, dentro deste vasto tema, a relação existente entre a pessoa morta e a pessoa que sofreu a perda, bem como o tipo de morte.

A necessidade de compreender a vivência da mulher, no processo de adoecimento do cônjuge, surge pelo fato de alguns autores indicarem que, o processo de luto inicia a partir do momento do diagnóstico da doença. Momento esse, que desencadeia incertezas sobre a duração da vida em relação ao cônjuge, e a parceira entra em contato direto com a condição humana de sua própria mortalidade. É imprescindível a busca pela saúde e qualidade de vida dessas mulheres, sinalizando a necessidade de um processo normal de luto, respeitando suas etapas e duração.

É importante observar que o processo de adoecimento vivenciado pelo cônjuge necessita de um olhar especial, pois este compartilha o sofrimento com o parceiro, em geral, de maneira mais íntima que os demais membros da família. Além disso, o reajustamento social é mais prejudicado. Viorst (1998) explica que a morte do parceiro destrói a unidade social impondo novos papéis familiares e sociais e sujeita as pessoas a passarem por uma grande solidão. O modo como o enlutado passa por esses reajustes, pode ser essencial para a elaboração do luto de forma saudável.

Por observação feita no Estágio Obrigatório realizado no Hospital de Caridade localizado em Florianópolis - SC, percebeu-se que há um número maior de acompanhantes do sexo feminino dos pacientes do que acompanhantes do sexo masculino. Isso se confirma com a literatura sobre acompanhantes e cuidadores que revela fatores importantes sobre quem geralmente assume essa função. Conforme Rureshi e Simons (1987 apud MENDES 2005) o grau de parentesco de maior frequência está o cônjuge, seguindo do gênero com predominância em mulheres.

Sendo então, pertinente delimitar acompanhantes do sexo feminino que passam pelo processo de adoecimento do cônjuge.

Certamente, em algum momento da vida, todas as pessoas irão se deparar com a morte de alguém próximo. Mas o que se observa é uma negação a respeito desse assunto, de forma que, os tabus que envolvem a morte estão arraigados muito fortemente na cultura ocidental. Porém, ao contrário do que se pode pensar no senso comum, entrar em contato com o sofrimento, falar sobre a morte e a representação da pessoa perdida são fatores úteis para os sujeitos elaborarem, de forma menos dolorosa, o momento pelo qual estão passando. Isso evidencia a importância de um trabalho voltado à quebra de tabus relacionados à morte e ao alívio do sofrimento de pessoas em processo de luto.

Nesse sentido, percebe-se a necessidade de realizar um trabalho de pesquisa voltado especificamente às cônjuges mulheres. Infere-se que elas apresentam grande sofrimento, o que pode atingir de forma direta à sua saúde. Portanto, essa pesquisa aborda o problema com o intuito de compreender toda vivência de luto passado por cônjuges mulheres, desde o adoecimento de seu esposo. Por esse problema se fazer presente em diversos contextos da vida, pensou-se na seguinte questão: **De que forma a mulher vivencia o processo de luto decorrente do adoecimento seguido da morte do cônjuge?**

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Compreender a maneira que a mulher vivencia o processo de luto decorrente do adoecimento seguido da morte do cônjuge.

### 1.2.2 Objetivos específicos:

- Descrever a relação conjugal antes do adoecimento do cônjuge;
- Identificar a maneira que foi vivenciada a perda antecipada no processo de adoecimento do cônjuge;
- Explorar o processo de luto vivenciado desde o momento do diagnóstico e após a morte do cônjuge.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

O processo de adoecimento que antecede a morte de uma pessoa amada pode desencadear o luto como uma ameaça de perda. Essa ameaça para a família e em especial ao cônjuge, na maioria dos casos, torna-se algo amedrontador e incompreensível, envolvendo vários aspectos da vida, principalmente aspectos sociais e psicológicos, podendo levar a pessoa a comprometer sua própria saúde. A necessidade de estudos sobre este assunto pode ser sustentada, com intenção de fornecer subsídios à sociedade em geral e profissionais da área da saúde, já que esse problema se faz presente em diversos contextos da vida.

Foram encontradas na literatura muitas pesquisas realizadas acerca do processo de luto, e também do adoecimento. Mas, especificamente, sobre mulheres que vivenciaram o processo de adoecimento do cônjuge pouco foi encontrado, tanto na literatura científica quanto em artigos acadêmicos. Considerando essa limitação de pesquisa na área da Psicologia, o trabalho revela-se fundamental e de grande relevância social, pois, poderá contribuir na compreensão das mulheres viúvas e sua relação com o adoecer e a morte do cônjuge.

O presente estudo é de grande pertinência, pois tem como finalidade favorecer maior conhecimento acerca do adoecimento visto como uma antecipação à perda. Certo de que os profissionais da área da saúde poderão se beneficiar desta pesquisa, sendo esta publicada, no que tange aos atendimentos a familiares em hospital e intervenções clínicas. Pode-se proporcionar, assim, maior conhecimento e melhor qualidade dos profissionais envolvidos, devido ao fato de estar respaldado em uma especificidade de sofrimento muito encontrada nessa área.

As estatísticas levantadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2000 e 2006 a nível nacional, apontam um crescente

surgimento de viúvas devido à diminuição da expectativa de vida dos homens. De acordo com essa pesquisa, os óbitos de homens casados decorrentes do ano de 2006 somaram um total de 251.200, sendo que para as mulheres casadas, 106.088 óbitos. Comprovando assim, o aumento no número de mulheres viúvas.

Na sociedade ocidental, o modelo clássico familiar parental prevalece. No que é observado novamente pelos dados do IBGE em 2000, quase a metade da população adulta do Brasil era composta por pessoas casadas ou unidas a um cônjuge com 49,5%, sendo o restante 38,6% solteiras; 7,8% desquitadas, separadas ou divorciadas; e 4,1% viúvas. Baseado nos levantamentos estatísticos verifica-se a importância em se estudar as características dos relacionamentos conjugais e suas consequências devido à morte do cônjuge acometido de um adoecimento.

Pesquisas já realizadas acerca de mulheres viúvas, Maddison e Viola (apud BROMBERG, 2000) colocam que, os resultados estatisticamente significativos indicaram a presença de sintomas psicológicos como: depressão, crise nervosa, sensação de pânico, pesadelos, insônia; sintomas neurológicos como: dor de cabeça, tonturas, desmaios. Ocorre, assim, um grande impacto somático após o luto pela morte do cônjuge. Com isso, há necessidade de estudos científicos que possam auxiliar a favor do processo saudável do luto para essas mulheres.

Com relação às questões apontadas, esta pesquisa se faz relevante cientificamente pelo fato do luto ser visto como uma ameaça à saúde, podendo ser associada à implicação de fatores psicológicos que emerge muito sofrimento. Para que se possa estabelecer prevenção e promoção de saúde às mulheres que vivem a perda do cônjuge por morte de doença, é preciso aprofundar esse conhecimento em específico. É então pertinente, a partir de uma maior compreensão deste fenômeno, possibilitar aos profissionais psicólogos um melhor atendimento e apoio a estas pessoas que passam por este sofrimento em específico, com a publicação desta pesquisa.

Tendo em vista também, a importância da rede de apoio no processo do luto, é imprescindível que a mesma tenha um conhecimento maior sobre essa situação singular. A rede de apoio é um dos papéis fundamentais para a elaboração do luto no sentido de oferecer subsídios necessários para a pessoa enlutada. Para tanto, é preciso que sejam feitas pesquisas científicas esclarecedoras, a serem

divulgadas para a sociedade em geral. Inclusive, pode também, servir de referência na contribuição de desenvolvimento em novos estudos relacionados a esse tema.

Portanto, este trabalho busca abordar, a partir de seu referencial teórico, um melhor conhecimento acerca da compreensão da mulher frente ao adoecimento e perda do cônjuge. Pode ser considerado tanto cientificamente como socialmente relevante, pois buscará através de uma literatura científica, meios que auxiliam nos recursos de enfrentamento da mulher perante o adoecimento e perda do cônjuge. Justificando-se pela possibilidade de publicação de artigo científico, visando contribuir aos profissionais psicólogos, para o atendimento e auxílio a essas mulheres.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico visa buscar subsídios para a sustentação da pesquisa realizada. Dentre os conceitos que serão expostos, o processo de adoecimento para a família, foram utilizados os seguintes autores: Kübler-Ross (1997), Rolland (1998), Parkes (1998), Jann (1998) que cita autores como Rando, Parkes e Weiss, Silvermann. Sobre o processo de luto, a presente pesquisa utiliza autores como Bowlby (2006), Bromberg (2000), Freud (1917), Parkes (1998), Kübler-Ross (1997) para sustentação teórica. E o conceito sobre mulheres e a perda do cônjuge os autores utilizados são: Bowlby (1998), Freitas (2002), Parkes (1998), Pincus (1989), Novaes (1998), Viorst (1998).

### 2.1 O PROCESSO DE ADOECIMENTO PARA A FAMÍLIA

Os papéis familiares, no período da doença, exercem importantes funções. De acordo com Kübler-Ross (1997) a esposa exerce grande função tanto nas reações do cônjuge quanto nas mudanças que o adoecimento acarreta na família. O adoecimento causa mudanças radicais nos lares e se faz necessário uma nova adaptação nesse contexto. As funções antes exercidas em conjunto ou pelo cônjuge passam a ser desempenhadas pela esposa, sendo possível emergir sentimentos de insegurança pelo fato de ter que assumir novas funções, como por exemplo, questões financeiras e assuntos de negócios.

Kübler-Ross (1997) afirma ainda que as visitas hospitalares também devem ser administradas pela família. Geralmente a esposa terá que organizar os horários de visita, providenciar condução e inclusive a sua ausência no cuidado dos filhos, no fato de ela permanecer no hospital como acompanhante, para os cuidados do cônjuge. Mas Kübler-Ross (1997) ressalta que se deve o cuidado de não deixar que a presença constante da esposa se transforme em hábito, de forma que a hospitalização não desequilibre totalmente a família e a torne enferma junto com o doente. Inclusive a rede social, fora do convívio familiar, pode ter papel muito

importante, no sentido de prestar auxílio emocional e providências legais a serem tomadas.

De acordo com Kübler-Ross (1997), na maioria das vezes, quem recebe a notícia sobre a gravidade da doença é a esposa, e é encargo dela transmitir para a família, inclusive para o doente, tal descoberta. Enfrentar essa situação vai depender da estrutura familiar e habilidades de comunicação desta família. A comunicação, neste sentido, se faz muito importante, principalmente para que os familiares possam compartilhar seus sentimentos e aspirações, enfrentando juntos a realidade para gradativamente aceitá-la, e assim, superar sentimentos de culpa e pesar que possam vir a sentir.

O movimento familiar dentro dos hospitais envolve muitas respostas emocionais como ansiedade de separação, solidão, tristeza, desapontamento, raiva, ressentimentos, exaustão, culpa e desespero. De acordo com Rolland (1998) o adoecimento de uma pessoa amada, pode ser tão perturbador e doloroso quanto à morte efetiva. As emoções advindas deste processo apresentam grandes influências na dinâmica familiar, podendo então, ser iniciado o processo de “antecipação da perda”, o qual o familiar tem que lidar com graus variáveis de incertezas e preparação para a morte da pessoa amada no percurso da doença.

O grau da doença caracteriza os estados emocionais da perspectiva de perda. Rolland (1998) diferencia o início da doença e o estagio terminal, caracterizando o primeiro, como possibilidade de perda, e o segundo como sentimento de perda inevitável. No caso de um prognóstico terminal ser colocado em curto prazo, o sofrimento é incontável frente à sensação de impotência, podendo ser iniciado o luto antecipatório, como mecanismo de enfrentamento utilizado por familiares perante a ameaça de morte da pessoa amada.

Uma morte ocorre sempre em uma referência particular de tempo e lugar. Pode ser que tenha sido prevista. Uma doença pode se arrastar por muito tempo e às vezes a pessoa está funcionalmente morta meses antes de sua morte física. No entanto em minha experiência constato que é raro não ocorrer qualquer forma de reação diante da morte. Mesmo quando os pacientes estão inconscientes por semanas e os médicos, em sua alienação, passam a considerá-los “vegetais”, os parentes continuam a ter esperanças. Mesmo quando os parentes dizem saber que não há mais esperança, acabam por se trair nessa expectativa de que o quadro se reverta ou que possam resgatar alguma coisa de como era a relação. O que não é geralmente reconhecido é que eles possam continuar a fazer isso após a morte. (PARKES, 1998, p. 25).

De acordo com Parkes (1998) por mais que uma ameaça de perda, como no caso de uma doença terminal, suscita uma reação diante à morte, a esperança pode ser ainda sentida como um mecanismo de enfrentamento para a família. A morte pode ser considerada o evento crucial para que de fato ocorra o luto, já que nesse dado momento não resta mais a esperança de um quadro reversível.

Nos estudos sobre o luto antecipatório, encontra-se uma discussão teórica a ser levada em consideração. Os autores Parkes e Weiss e Silvermann (apud JANN, 1998) indicam que é impossível verificar o luto antecipatório, já que a morte ainda não ocorreu e a perda concreta não é a mesma que a imaginação da perda antecipada, onde as mudanças e efeitos acontecem de forma diferente, não sendo possível, no período antecipatório aceitar e recuperar-se do luto antes da morte concreta. Os sentimentos, pensamentos e aceitação da mesma podem implicar sentimentos de culpa e auto-acusação por abandono ao paciente, aumentando, ainda, a intensidade do vínculo a partir da antecipação da perda, prejudicando o processo de luto e o desligamento antecipado.

Entretanto, Rando (apud JANN 1998) aborda a viabilidade de estudos do fenômeno do luto antecipatório. Rando, bem como autores citados acima, aponta diferenças entre luto antecipatório e luto após a morte, mas afirma que o luto inicia antecipadamente no prognóstico terminal de uma pessoa amada. Rando considera que, as características que envolvem os pacientes terminais influenciam a essência do luto iniciado no momento do prognóstico. Nesse momento é desencadeada a destruição de expectativas de futuro, relacionando, inclusive, a ausência do paciente no cotidiano da vida familiar pelas limitações que a doença impõe. Sucedendo assim, influências em aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos para os familiares.

Nesse sentido, Rando (apud JANN, 1998) descreve os aspectos fisiológicos como desgaste físico e emocional em que a pessoa foi submetida no processo de adoecimento da pessoa amada; os aspectos sociais, sendo o contexto social e a rede de apoio em que a pessoa está inserida, podendo propiciar ou dificultar o momento do adoecimento; e os aspectos psicológicos com características cognitivas e afetivas estimuladas pela ameaça da perda com sentimentos de culpa, raiva, tristeza, ansiedade e hostilidade.

A partir dos aspectos citados acima, Rando (apud JANN 1998) desenvolve uma compreensão das reações emocionais dos familiares e o manejo

frente à reorganização da vida, impostas pela doença. Os três processos estão descritos abaixo:

1º) Processo intrapsíquico individual: a ameaça da perda torna-se progressivamente consciente para o familiar, de forma que ele tem que lidar com reações advindas dessa consciência. Essas reações envolvem aspectos afetivos e cognitivos envolvidos diante da ameaça de perda. Os aspectos afetivos são:

- Raiva: pela percepção da doença consumir a pessoa amada e a impotência frente a esse fato. Gera sensação de injustiça, frustração, confusão, de forma que o próprio paciente pode colaborar na reação desse sentimento por características da própria personalidade acentuada pela doença. Os comportamentos podem vir distorcidos, pela repressão que esse sentimento causa, em forma de ironia, irritabilidade, tensão, ansiedade, negativismo, afastamento, ciúme e obstinação.

- Culpa: no momento em que é reconhecida a raiva direcionada ao paciente terminal, com sensação de responsabilidade da doença através de omissão ou hereditariedade. Também poderá emergir esse sentimento ao pensar no futuro sem a presença do paciente.

- Tristeza: sofrimento esmagador de perda podendo haver afastamento emocional e físico ao paciente. Pode tentar camuflar a sua própria dor com ações agressivas ou indiferença.

- Ansiedade: ansiedade de separação e apreensão pela ameaça da perda, sensação de impotência frente à doença, e a contemplação da própria morte pelo fato de acompanhar a morte do outro.

- Depressão: a falta de antigos padrões de funcionamento da família leva a desorganização dos aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais, resultando assim na depressão.

Nos aspectos cognitivos está o reconhecimento da necessidade de mudança da identidade por novos papéis a serem assumidos, como a viuvez, por exemplo. A construção da imagem que a pessoa amada deixará após a morte e o significado dentro de um contexto religioso ou filosófico, permitindo uma explicação para o ocorrido. O planejamento de futuro como uma consequência natural associada à consciência da ameaça de morte, implicando na compreensão das mudanças e perdas a serem enfrentadas.

2º) O processo interacional com o paciente está relacionado ao envolvimento ativo dos familiares. A partir deste momento os familiares além de cuidadores, assumem a função de resolver conflitos que, poderiam fazer parte da relação anterior à doença, para que esses sejam resolvidos antes da morte do paciente. Esse processo pode ter efeito terapêutico para a adaptação do luto posterior.

Os comportamentos, a energia e a atenção direcionados ao paciente promovem a comunicação, interação e significados da relação, propiciando assim, uma minimização de sentimentos que poderão emergir após a sua morte, como a culpa, por exemplo. Dessa forma, a despedida se faz importante para que se possam resolver assuntos pendentes como conflitos, sentimentos e significados. É importante também, dentro desse processo, o auxílio dos familiares nas questões de preocupações, medos, pensamentos, e necessidades do paciente. Portanto, o envolvimento familiar durante a doença da pessoa amada, facilita no enfrentamento do seu luto antecipatório.

3º) O processo familiar e social reforça o equilíbrio entre as necessidades da família e do paciente. Para tanto é preciso promover o remanejamento dos papéis e responsabilidades. As mudanças ocorridas no adoecimento devem ser reconhecidas após a morte do paciente e adotadas na futura perda. No adoecimento é comum encontrar dificuldade no suporte social, em função da dificuldade de compreensão e ajuda que os amigos podem oferecer. Desse modo, é importante que a família construa redes de apoio com profissionais, religiosos, grupos afins, entre outros, para enfrentar a doença terminal.

Visto as questões relacionadas acima, observam-se diferenças entre luto antecipatório e luto convencional. Concluindo assim, que essas diferenças não impedem o estudo à cerca do luto antecipatório. Apesar da separação final ainda não ter ocorrido e a elaboração do luto ser impedida pelo fato da esperança de um quadro reversível existir, o sofrimento emerge com a ameaça de perda, e o início do desligamento pode ser realizado de forma que o processo de luto possa ser passado de forma menos dolorosa.

## 2.2 PROCESSO DE LUTO

As manifestações e os comportamentos das pessoas no confronto com a morte são influenciados pela cultura. De acordo com Freitas (2002) os rituais de luto variam muito, podendo ser expressos em diferentes formas, de acordo com a necessidade da sociedade em que se vive. Mas de qualquer maneira, a morte é percebida pela maioria das pessoas como um choque, uma perda que emerge sofrimento, desencadeando o processo de luto.

O luto passa a existir a partir do momento em que um vínculo é rompido. De acordo com Bowlby (2006) o vínculo é essencial para a sobrevivência das espécies, e a morte de uma pessoa amada acarreta separação e quebra dos vínculos construídos. Sendo assim, o luto é visto como aspecto negativo no qual faz emergir respostas genéricas a essa separação. Portanto a perda de uma figura de vínculo emerge uma reação universal de sofrimento.

A perda de uma pessoa amada acarreta respostas imediatas que suscita o processo de luto. Esse processo desencadeia um estado emocional de crise, desequilibrando vários aspectos da vida da pessoa enlutada. Kübler-Ross (1998) denomina fases do processo luto, descrevendo estágios que se enquadram tanto na pessoa que sofre a perda, quanto no doente que recebe um prognóstico terminal. As fases descritas por Kübler-Ross (1998) são: negação e isolamento, raiva, barganha depressão e aceitação. Tendo em vista que essas fases podem se interpor umas às outras.

Parkes (1998) evidencia que o luto envolve uma seqüência de quadros clínicos em um conjunto de sintomas que começam após uma perda e gradativamente desaparecem, se repondo uns aos outros. Visto a dificuldade de caracterização do luto por ser um processo e não um estado deve-se o cuidado em definir ou classificar fases fechadas, já que cada enlutado passa por elas de maneira singular devido a fatores internos e externos.

Seguindo a mesma linha de conceito, Bowlby (2006) define as fases do luto, com o intuito de avaliar a presença de patologias e também de classificar esse processo, o qual ele diferencia o luto complicado e o luto normal, servindo como elemento na avaliação da condição do enlutado. Para melhor visualização das fases naturais de luto, a pesquisadora elaborou a tabela abaixo a partir dos estudos de Bowlby (2006), Bromberg (2000) e Parkes (1998):

Quadro 1 – Fases do Luto

Fase	Reação Inicial	Característica	Sintomas Somáticos	Período
1 <sup>a</sup>	Entorpecimento	Choque, crises de raiva, desespero, desamparo.	Respiração suspirante, rigidez no pescoço, sensação de vazio no estômago.	Poucas horas ou muitos dias após a morte
2 <sup>a</sup>	Busca e Anseio	Busca pelo morto; culpa; raiva de si, do morto e dos outros, afastamento, introversão.	Agitação física, espasmos de choro.	Primeiro ano
3 <sup>a</sup>	Desorganização e Desespero	Apatia, depressão, afastamento das pessoas e atividades, falta de interesse.	Falta de sono, disfunção alimentar, distúrbios gastrintestinais, falta de concentração.	Após o primeiro ano
4 <sup>a</sup>	Reorganização	Sentimentos positivos, Aceitação, desistência do morto, retorno da independência.	Recorrência de sintomas anteriormente citados, em datas especiais, como “reação de aniversário”.	Sem período específico.

Fonte: Elaborada pela autora da pesquisa

A seguir uma breve explicação para que se possa compreender cada uma das fases de acordo com o quadro acima:

Na primeira fase do entorpecimento ocorre o choque como reação inicial à perda por morte. Podem durar horas ou dias, passando a ter crises de raiva ou de profundo desespero paralelamente, se sentindo atordoada, desamparada, imobilizada e perdida. Como forma de defesa está a tentativa de viver como se nada tivesse acontecido, estabelecendo a negação da perda.

A fase seguinte é de busca e anseio pela pessoa morta, de acordo com o desenvolvimento da consciência da perda. O desejo de recuperar a pessoa morta é insuperável, dando pouca importância e se afastando de tudo que não tiver relação com ele. Sente raiva de si mesmo por sensações de culpa, podendo ser dirigida a outras pessoas, essencialmente as que oferecem consolo e ajuda. A sensação de abandono suscita também raiva pelo morto. Existe uma preocupação obsessiva com lembranças, pensamentos e objetos da pessoa perdida.

Na terceira fase, ocorre o desespero, pois o enlutado reconhece a imutabilidade da perda e deixa de procurar pela pessoa perdida. A depressão e apatia instalam-se, pois na percepção do enlutado nada que valha a pena na vida pode ser preservado. O afastamento das pessoas e atividades ocorre pela falta de interesse em envolvimento e também a falta de concentração em tarefas rotineiras.

Na última fase é esperado uma reorganização, de forma que o enlutado começa a aceitar as mudanças ocorridas com sentimentos positivos e menos dolorosos. Pode criar uma nova identidade a partir da desistência de recuperar a pessoa morta e também rejeitar algum relacionamento que possa ter usado como suporte. Existe uma instabilidade nos relacionamentos sociais, mas é possível reatar antigos laços e fazer novas amizades. Pode ocorrer ainda o fenômeno conhecido como “reação de aniversário” que em datas especiais intensifica lembranças acionando assim, alguns sintomas cedidos.

Todo esse processo pode ser vivenciado de forma normal ou complicado, tendo em vista fatores determinantes para uma boa ou má elaboração do luto. O sobrevivente tem papel ativo tendo que exercer tarefas para seguir em frente com sua vida. Se de fato essas tarefas forem realizadas, esse processo torna-se mais ameno e isso pode diferenciar o processo normal do complicado.

Alguns estudos apontados por Bromberg (2000), indicam a presença de sintomas específicos, sem tempo determinado e podem não ser encontrados em



todas as pessoas enlutadas. Esses sintomas encontrados com mais freqüência, de acordo com Strobe & Strobe (apud BROMBERG 2000), são depressão, ansiedade, culpa, raiva e hostilidade, falta de prazer e solidão. As manifestações de comportamento são: agitação, fadiga e choro. As atitudes em relação a si, ao falecido e ao ambiente, de acordo com esse mesmo autor são auto-reprovação, baixa auto-estima, desamparo, desconfiança, dificuldade em manter relacionamento interpessoais, e procura pelo falecido.

Na tabela abaixo, estão algumas dimensões do processo de luto, citadas por alguns autores como Bowlby (2006) Worden (apud BROMBERG 2000), Strobe & Strobe (apud BROMBERG 2000) e organizadas pela pesquisadora como forma de melhor visualização dos sintomas:

Quadro 2 – Dimensões do Luto

Dimensão Intelectual do Luto	Confusão; Desorganização; Falta de concentração; Intelectualização; Desorientação; Negação.
Dimensão Emocional do Luto	Choque; Entorpecimento; Raiva; Culpa; Alívio; Depressão; Irritabilidade; Solidão; Saudades; Descrença; Tristeza; Negação; Ansiedade; Confusão; Medo.
Dimensão Física do Luto	Alterações no apetite; Visão borrada; Alterações no sono; Inquietação; Dispneia; Palpitações cardíacas; Exaustão; Boca seca; Perda do interesse sexual; Alterações no peso; Dor de cabeça; Mudanças no funcionamento intestinal; Choro.
Dimensão Espiritual do Luto	Sonhos; Impressões; Perda ou aumento da fé; Raiva de Deus; Dor espiritual; Questionamento de valores; Sentir-se traído por Deus; Desapontamento com membros da igreja.
Dimensão Social do Luto	Perda da identidade; Isolamento; Afastamento; Falta de interação; Perda da habilidade para se relacionar socialmente.

Fonte: Elaborada pela autora da pesquisa.

Com as dimensões deste quadro, pode-se concluir que mesmo que o enlutado passe pelas fases do luto de maneira normal, ainda assim alguns autores como Angel (apud BROMBERG 2000) considera o luto como uma doença. Os sofrimentos psíquicos e conseqüentemente fisiológicos se fazem presente de uma forma muito visível, desencadeando assim, uma série de fatores que paralisam a pessoa enlutada, mesmo que temporariamente.

Quando se fala em saúde, tem-se como base a idéia de ser integrado, quer dizer, de ser social, físico, emocional e que vive em uma cadeia de relações diversificada. Angel (apud BROMBERG 2000) coloca essa questão dizendo que o sofrimento provoca um desequilíbrio na saúde geral do organismo, no qual pode durar, dependendo do caso, alguns meses. Argumentando assim, que o luto em si pode ser visto como um estado de doença por comprometer a saúde dos sujeitos envolvidos, onde no final existe uma fase prolongada de recuperação e por fim pode haver a elaboração do luto de forma que o estado de saúde é restabelecido.

A tristeza profunda, as complicações de saúde, o afastamento social, entre outros, são fatores que seguem concomitantemente com o luto. Kübler-Ross (1997) afirma que a tristeza e a culpa provocam, inclusive, sintomas resultantes da incapacidade de superar a perda da pessoa amada. No entanto, depois de determinado tempo, é esperado uma adequação à nova realidade, mas um considerável número de casos apresenta conseqüências patológicas e complicações prolongadas como problemas de saúde, doenças mentais, podendo inclusive, levar à morte.

Em pesquisas realizadas por Parkes (1998) sobre as implicações do luto na saúde física, ele afirma que muitos viúvos e viúvas procuram auxílio médico e também religioso após a perda do cônjuge. Pode, então, ser evidenciado que o luto afeta a saúde física, entretanto, a maior parte dos casos sofre de ansiedade e tensão, afirmando assim, que os problemas psicológicos são as causas desse aumento da busca por auxílio, muito mais do que doenças orgânicas, propriamente ditas.

### **2.2.1 Luto Normal e Luto Complicado;**

Existe uma dificuldade em classificar luto normal ou luto complicado, pois, como já visto, há muitas variáveis que compõem o luto. Geralmente o luto complicado é definido como a reação que foge a sintomatologia e processos descritos acima. A depressão é um exemplo da dificuldade de definição e ampla discussão, pois esta é difícil identificar sua origem, de forma que pode se dar como reação ao luto ou depressão clínica não provocada pelo luto, pois seus sintomas são muito semelhantes ao processo de luto normal.

A diferença entre luto e depressão explicada através dos estudos de Freud em “Luto e Melancolia” consiste que no luto o sujeito sofre uma perda consciente, tornando seu mundo pobre e vazio. Essa perda real do objeto suscita um processo com muitas conseqüências para a vida do sujeito, mas não são considerados sintomas por ser um processo normal que o sujeito passa. Já na melancolia é o próprio ego que sofre o empobrecimento e diminuição de sua auto-estima por uma perda desconhecida, inconsciente e abstrata no qual o objeto continua existindo, apenas foi perdido, resultando em um sofrimento semelhante ao do luto, porém sintomático. E é por essas semelhanças que muitas vezes é difícil diferenciar os processos provenientes do luto e o que já fazia parte do sujeito antes da morte de um ente querido.

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. (FREUD, 1917, p. 275)

O luto complicado descrito por Lindemann (apud BROMBERG 2000) aborda dois tipos de reações. Reação adiada, o qual o enlutado não entra no processo de elaboração do luto por ter que enfrentar situações simultâneas, podendo não ter reação imediata à morte. E a reação distorcida que pode dar a falsa impressão de estar elaborando apropriadamente o luto em forma de superatividade, sem entrar em contato com o sentimento de perda, desenvolvendo assim, sintomas da doença do morto, doença psicossomática, isolamento social, hostilidades com pessoas específicas, perda duradoura de tomadas de decisões e iniciativa, danos

sociais e econômicos, depressão agitada e necessidade de autopunição apresentando risco de suicídio.

Essa classificação de Lindemann é criticada por Parkes (1998), pois este autor não considera clara sua definição. Por meio de um estudo sistemático Parkes (1998) ampliou as reações complicadas do luto. São elas:

1º) Luto crônico: o luto é prolongado e indefinido, com preponderância na ansiedade, tensão, inquietação e insônia, ocorrendo também sintomas de identificação.

2º) Luto adiado: no adiamento a pessoa apresenta comportamento normal ou sintomas de luto distorcido, tais como, superatividade, sintomas da doença do morto e isolamento. Essa reação descrita é muito semelhante à reação distorcida descrita por Lindemann.

3º) Luto inibido: não difere do luto adiado, apenas apresenta graus diferentes na defesa psíquica.

Estas descrições são necessárias para que se compreenda teoricamente a constituição do processo do luto complicado. Um quadro referencial permite intervenções preventivas e específicas em casos de alto risco à saúde ou má elaboração do luto, de forma a serem redirecionados a caminhos mais adaptativos de terapia. A partir das caracterizações citadas, Parkes (1998), aponta síndromes específicas que identificam três causas para o luto patológico como fatores de risco. São elas:

1º) Síndrome da perda inesperada, envolvendo morte repentina ou prematura, com reações de defesa como o choque ou dúvida, mantendo um alto nível de ansiedade. Nessa síndrome é forte a sensação persistente da presença do morto, mantendo as mesmas obrigações que se tinha quando a pessoa morta ainda estava viva.

2º) Síndrome do luto ambivalente é apresentada quando existe um alívio e pouca ansiedade na reação inicial a perda. Isso porque se tinha uma relação marcada por discussões e desarmonia entre o morto e o enlutado. Entretanto persiste, no decorrer do tempo, sentimentos punitivos e desejo de corrigir o passado, sucedendo assim, o desespero.

3º) Síndrome do luto crônico, sendo caracterizado por alta dependência e desesperança, de forma que os comportamentos do luto são expressos

imediatamente após a morte e o tempo de duração de luto é excessivamente mantido.

Esses fatores de risco ainda são divididos por relações que o enlutado estabeleceu com perdas no decorrer da vida, relação do enlutado com o morto antes da morte deste, o tipo de morte e suporte social.

O conceito de luto como experiência psicológica precisa ser entendido se for contextualizado também como uma experiência grupal, mais especificamente pertinente ao grupo familiar, considerado como um sistema que inter-relaciona com sistemas mais amplos da comunidade, da sociedade e da cultura. Bromberg (2000 p. 103)

Fica claro assim, que não se pode avaliar o enlutado individualmente sem verificar seu contexto familiar, histórico e cultural.

## 2.3 MULHERES E A PERDA DO CÔNJUGE

Esse capítulo visa uma compreensão da vivência do estado de viuvez feminina, sendo esta vista como altamente sensível e complexa. Freitas (2002) explica que a morte do parceiro acarreta um enorme impacto na vida das pessoas, pois emerge dois acontecimentos simultaneamente muito dolorosos: a separação do parceiro e o confronto com a finalidade da vida. Isso exige um processo de elaboração e readaptação da pessoa em diversos contextos da vida.

Quando abordamos a temática de mulheres que perderam os cônjuges, somos remetidos, ainda que em parte, ao termo viuvez, a qual é discutida desde a antiguidade. Em pesquisas reunidas por Cavallo & Warner (apud FREITAS 2002) o significado da viuvez da Idade Média era muito diferente para homens e mulheres. Inclusive a palavra viúva é derivada do latim feminino “vidua” que significa “ser privada de algo”. Nos documentos da época, os homens não eram enfatizados como viúvos, pois não era considerado problema para a sociedade, já que esses se casavam novamente e mantinham suas atividades sociais e profissionais. Diferente das mulheres que eram aconselhadas a se retirar da sociedade e viver em devoção a Deus e a memória do marido morto.

Nos dias de hoje (2008), esse tema ainda predomina em mulheres, já que em números elas são superiores. De acordo com Bowlby (1998) isso deve-se ao fato dos homens casarem mais velhos e terem uma expectativa de vida inferior as mulheres. Portanto, os homens morrem antes que as mulheres e estas muitas vezes não se casam novamente, e isso se verifica em pesquisas feitas pelo IBGE, confirmando estatisticamente esse quadro.

O que muda atualmente são os mecanismos de enfrentamento utilizados pelas mulheres que perderam seus cônjuges. Pincus (1989) ressalta que nem todas as mulheres que perdem seus esposos vivem isoladas, tristes e na monotonia. Existem hoje (2008) muitos clubes, bares, cursos e grupos de mulheres viúvas, os quais elas podem freqüentar sem se sentirem constrangidas. Inclusive, a tecnologia como Internet e telefone ajudam na busca por companhia, e também, a evitar a solidão.

Ainda de acordo com Pincus (1989), outra variante está no cuidado dos filhos e netos como forma de buscar conforto emocional. Mesmo que essa tarefa possa lhes causar cansaço e exaustão, o sentido de vida que haviam perdido pode ser recuperado na medida em que ela se sente querida, amada e necessária, além de minimizar a solidão. Por essa razão, muitas viúvas, inclusive as que não possuem filhos, se dispõem a cuidar de filhos de outras pessoas, como vizinhos e parentes, podendo tornar-se foco central em suas vidas como forma de resgate emocional.

Parkes (1998) afirma que a morte do cônjuge suscita mudanças nos papéis familiares e principalmente na vida das mulheres viúvas, considerando que os papéis exercidos pelo falecido, agora estão ausentes e precisam de uma continuidade. Geralmente, quem assume esses papéis, são as esposas, seja nos cuidados do carro, das finanças, dos filhos, e assim por diante, suscitando assim, grande estresse por parte dessas mulheres que agora tem que assumir novas responsabilidades. Até mesmo por perdas secundárias, os quais estão envolvidos aspectos funcionais da família, que necessitam de redistribuição de novos papéis, adaptação à vida sem a presença do cônjuge e a falta que ele faz como parceiro sexual e companheiro, o que, muitas vezes, pode acarretar sofrimento até maior que o próprio luto.

A morte do marido é, com freqüência, acompanhada por uma queda nos rendimentos, o que, por sua vez, pode levar a viúva a ter de vender a casa, mudar de emprego (se tiver empregada), e mudar para bairros novos. A necessidade de aprender novos papéis sem o apoio da pessoa que ela se acostumou a contar, em tempos de luto para os demais membros da família, em particular dos filhos, pode trazer uma experiência de estresse para a mulher muito maior do que o luto em si. (PARKES, 1998, p. 24).

A separação do parceiro envolve também uma sensação de solidão. Novaes (1998) explica que essa solidão por não ter planejado e nem desejado a separação é de fato inevitável e dolorosa. É preciso que sejam feitas mudanças na rotina, pois a unidade social da viúva é destruída, o que impõe novos papéis e acarreta o enfrentamento de uma grande solidão, o qual poderá ser amenizado pelas relações sociais construídas por ela.

A perda da identidade com a morte do cônjuge é algo muito esperado, pois há uma quebra de um par, partindo a vida e tornando-a sem significado. Viorst (1998) aponta que a morte do cônjuge acarreta mudanças no modo de vida e os papéis exercidos no casamento perdem seu valor, intensificando ainda mais a perda da identidade. Podendo até sentir a perda do cônjuge como a perda de si mesma, dependendo de como era a relação anterior.

De acordo com Pincus (1989), a escolha que cada um faz do parceiro no casamento, ressaltam interações que motivam a necessidade de um padrão de relação. Dessas interações, são observados com mais freqüência identificação e projeção. A identificação é explicada como um processo de estender, emprestar ou fundir a própria identidade a outra pessoa. E a projeção é o desejo de localizar em outra pessoa aspectos de si mesma.

Pelos aspectos descritos acima, Pincus (1989) explica que a perda do marido por morte acarreta angústia do abandono e culpa. Mesmo que racionalmente ela saiba que o marido não desejou abandoná-la, e que fez tudo que podia em relação ao marido. Ainda assim, ela sente que precisa manter o marido morto dentro de seus sentimentos, para que ele não seja perdido e isso pode ser visto como uma estratégia para amenizar a culpa e a sensação de abandono. Até que, passado o processo de luto, ela aceite a separação e suporte a realidade sem o cônjuge.

Vale ressaltar que o processo de separação por morte difere da separação por divórcio, por exemplo. Pincus (1989) explica que em alguns aspectos os sentimentos possam ser similares, mas a diferença primordial é que a separação

por morte é definitiva. Não tendo interação com o parceiro se torna mais difícil aliviar a culpa ou contestar a situação.

No caso da separação por morte precedida de adoecimento, a pessoa sente necessidade em falar, contar detalhes das últimas semanas e últimos dias em que esteve com o cônjuge, repetidamente. De acordo com Pincus (1989) a pessoa sente extrema necessidade em falar, lamentar ou desabafar, no qual a rede de apoio se faz muito importante, seja no sentido de se dispor como ouvinte ou até assumir tarefas que a pessoa enlutada não está em condições de realizar.

A mulher que sofre a perda pode ser capaz de expressar os sentimentos de culpa por ter falhado, ter causado mal ao falecido ou não tê-lo amado suficiente, caso sinta confiança em sua rede de apoio. Entretanto, Parkes (1998) afirma que pode ser difícil expressar esses sentimentos, adicionados a sentimentos de raiva, por tê-la abandonado ou por pensamentos de desejo da morte do cônjuge em seu estado de adoecimento, com intuito de não presenciar seu sofrimento. Necessitando, então, de auxílio psicológico e também de sua rede social para que possa auxiliar na aceitação e compreensão desses sentimentos.

Parkes (1998) em seus estudos e pesquisas realizadas com mulheres viúvas, afirma que as respostas do luto diferem de caso para caso e devem ser investigadas singularmente. Mas nem sempre é possível compreender a totalidade do comportamento humano, assim como, não se pode identificar todos os aspectos que influenciaram no processo de luto. Porém, os fatores que operam na maioria dos casos, podem ser evidenciados a partir de estudos e pesquisas científicas.



### 3 MÉTODO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Essa pesquisa é de natureza qualitativa de cunho exploratório, pois permite a aquisição de conhecimento através da percepção de um problema. Com delineamento de estudo de caso, segundo GIL (1999), as pesquisas exploratórias objetivam aprofundar idéias ou descobrir intuições, dessa forma visa compreender este fenômeno específico em profundidade. Assim, pode ser trabalhado com descrições, comparações e interpretações, interagindo com os participantes da pesquisa, com intuito de obter dados sobre maneiras de sentir, pensar e agir dos participantes.

#### 3.2 PARTICIPANTES OU FONTES DE INFORMAÇÃO

Quanto aos participantes desta pesquisa, foram duas mulheres que perderam seus cônjuges com idade entre 40 e 60 anos por morte decorrente de adoecimento, tendo vivenciado o processo de adoecimento seguindo da morte do cônjuge. O critério de inclusão para participação na pesquisa é que o cônjuge tenha falecido há no mínimo dois anos. Este critério foi escolhido em virtude dos estudos bibliográficos realizados para essa pesquisa, nos quais referem que no período de dois anos a pessoa enlutada encontra-se em situação mais estável emocionalmente, em condições para falar da vivência da perda. Pois se deve ter o cuidado em não abordar esse assunto enquanto a pessoa está em sofrimento, já que não poderá ser mantido um tratamento adequado, em caso de crise dentro do processo de luto.

A fim de construir um perfil de amostra, julgou-se necessário investigar os dados pessoais das entrevistadas, principalmente no que se refere ao casamento. Na entrevista foram identificadas inicialmente informações pessoais como idade, ano

de falecimento do cônjuge, idade em que se casaram, tempo de casamento e constituição familiar que estão apresentados no quadro a seguir.

Quadro 3 - Dados Pessoais das Entrevistadas

Sujeito	Idade atual	Ano de falecimento / tempo de morte	Idade que casou	Tempo de casamento até o falecimento	Constituição familiar	Idade dos filhos atualmente
S1	45	2006 / 2 anos	15	28	4 filhos	14; 17; 24; 26.
S2	49	2001 / 8 anos	31	10	1 filho	11

Fonte: Elaborada pela autora da pesquisa

De acordo com o quadro, é correto afirmar que a pesquisa contou com uma amostra composta de duas mulheres que perderam os maridos com idade de 45 e 49 anos, tendo dois anos de falecimento do cônjuge de S1 e oito de falecimento do cônjuge de S2, sendo que S1 casou com quinze anos e S2 com trinta e um anos. S1 teve vinte e oito anos de casamento e S2 teve dez anos de casamento. Quanto a sua constituição familiar, S1 tem quatro filhos e S2 tem um filho deste casamento.

### 3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Foi utilizado para desenvolver esta pesquisa materiais como papel, caneta e gravador para registro de dados obtidos e futura transcrição dos mesmos, no qual para a gravação foi assinado o Termo de Consentimento para gravação de áudio (ANEXO B).

### 3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

A coleta de dados foi realizada nos dias 19/09/2008 e 21/09/2008, no próprio domicílio do participante da pesquisa, no qual se encontraram sozinhas a espera da pesquisadora. A entrevista foi realizada individualmente, na sala do

domicílio de cada participante, sem interrupções. A pesquisadora fez a locomoção necessária visando à comodidade dos participantes.

### 3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o instrumento de coleta de dados, foi realizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE) elaborada pela pesquisadora, contendo 20 perguntas semi-estruturadas. Este tipo de entrevista, segundo Gil (1999), é desenvolvida de modo mais espontâneo e não tão fechada quanto uma entrevista estruturada, possibilitando, assim, que o participante formule respostas mais amplas. A entrevista foi gravada, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e o Termo de Consentimento para gravação de áudio (ANEXO B), para que fosse possível colher os dados da maneira mais fidedigna possível. Sendo assim buscou-se através desse método alcançar os objetivos propostos pela pesquisadora na referida pesquisa.

### 3.6 PROCEDIMENTOS

#### **3.6.1 Da seleção dos participantes ou fontes de informação**

Os critérios para seleção dos participantes foram: mulheres com idade mínima de quarenta e dois anos, as quais perderam seus cônjuges entre quarenta e sessenta anos, decorrente a morte por adoecimento. Foi imprescindível que seus cônjuges tenham passado pelo processo de adoecimento. Como critério também foi necessário que já tenha passado pelo menos dois anos da morte do cônjuge, por esse motivo, o critério de a participante ter no mínimo quarenta e dois anos de idade.

### **3.6.2 Do contato com os participantes**

O contato com as participantes foi feito por indicações de pessoas conhecidas da pesquisadora. Após a aprovação do Comitê de Ética, foi realizado um contato inicial por telefone com as participantes, explicando que se tratava de uma pesquisa científica para conclusão final do curso de psicologia da UNISUL. Conforme aceitação em participar da pesquisa, as participantes foram informadas dos princípios éticos desta pesquisa. Já com a confirmação da participante, foram agendados dia e horário para realização da entrevista, no qual foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e o Termo de Consentimento para gravação de áudio (ANEXO B).

### **3.6.3 Da coleta e registro de dados**

Esta pesquisa foi encaminhada para o Comitê de Ética da UNISUL para ser avaliado. Após sua aprovação as participantes foram contatadas para a aplicação da entrevista. As participantes foram informadas de todos os processos da pesquisa e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), autorizando a coleta de dados, com a garantia de sigilo e anonimato da identidade das mesmas e duas vias do Termo de Consentimento para gravação de áudio (ANEXO B), no qual uma cópia ficou com ela e outra com a pesquisadora. Os riscos e desconfortos emocionais não foram apresentados durante a entrevista.

### **3.6.4 Da organização, tratamento e análise de dados**

Com a finalização do prazo estipulado, foi organizado o material coletado, no qual foram classificados e categorizados, ou seja, divididos em partes para que cada conteúdo fosse categorizado separadamente. A entrevista passou por uma análise de conteúdo de Bardin (2004), e em seguida foi feita interpretação

referencial explicitando as conclusões obtidas a partir dos dados coletados. De forma que a teoria e os objetivos foram utilizados como critérios de interpretação para então ser respondido o problema deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa, que teve como objetivo principal compreender a maneira que a mulher vivencia o processo de luto decorrente do adoecimento seguido da morte do cônjuge. A partir das entrevistas semi-estruturadas e do referencial teórico dessa pesquisa, a análise dos dados foi construída com base em três eixos temáticos e será apresentada neste capítulo, aos quais os objetivos específicos estão relacionados, são eles: a relação conjugal antes do adoecimento do cônjuge, a maneira que foi vivenciada a perda antecipada no processo de adoecimento e o processo de luto vivenciado desde o momento do diagnóstico.

### 4.1 RELAÇÃO CONJUGAL

Esse eixo temático é apresentado pela importância da relação conjugal estar diretamente relacionada à vivência do processo de luto, no qual a interação do casal antes do adoecimento pode apontar indicativos do processo de luto decorrente do adoecimento do cônjuge vivenciado pela esposa. Para tanto, foi apresentada uma categoria: a relação conjugal antes do adoecimento do cônjuge.

A investigação desta categoria foi realizada por meio de seis perguntas que abrangem esse tema. Conforme as respostas das participantes, houve uma divisão em três subcategorias, apresentadas no quadro abaixo:

Categoria: A relação conjugal antes do adoecimento	
SUBCATEGORIA	UCE
Emoções na relação conjugal	<p>“Tem problemas, como todo casal tem, mas eu me sentia completa, talvez porque a gente se identificava.” (S1)</p> <p>“A gente se dava bem [...] se gostava muito, éramos apaixonados.” (S2)</p>

Rotina do casal	<p>“Assim como tinham semanas que ninguém saía, ficávamos em casa, chegávamos do trabalho, jantava e ia dormir, é... tipo assim, em uma terça feira resolvia “Ah! Hoje a gente vai para um motel” e ia! Então não é uma rotina normal, né!” (S1)</p> <p>“Ele trabalhava, eu cuidava da casa, cuidava do J., ele vinha em casa meio dia, almoçava e ia trabalhar de novo, daí pelas 05h30min... jantava, normal, né, durante a semana era normal.” (S2)</p>
Identificação familiar	<p>“Mas tem uma coisa assim que eu acho que é bem família, eles são... bem unidos, gostam de fazer tudo junto, a família em si... Ahm... Ou para sair, para comer fora... ou para ir em cinema ou cair em uma festa[...]A maioria gosta de sair todo dia, a família junto.”(S1)</p> <p>“[...] ele era muito arteiro, às vezes ele ensinava mesmo o J. a fazer bastante barulho, ninguém agüentava o J.” (S2).</p>

#### 4.1.1 Emoções na relação conjugal

Os sentimentos na relação conjugal foram expressos pelas participantes de forma positiva, no qual ambas falam de sentimentos de paixão, identificação entre o casal e felicidade. Relatam que tinham problemas, mas não deram ênfase a esse ponto, percebido como negativo por elas e logo associado a algo de positivo que havia no relacionamento do casal. Nos relatos abaixo, é possível identificar esses conteúdos:

“Éramos bem apaixonados! Os dois, né!” (S1)

“[...] Tem problemas, como todo casal tem, mas eu me sentia completa, talvez porque a gente se identificava [...]Era muita aventura, então eu me sentia bem com isto, né! A gente se completava na verdade...cada um com o seu jeito completava o outro.” (S1)

“[...] Era um casamento feliz [...]” (S1)

“A gente se dava bem... se gostava muito... éramos apaixonados[...]” (S2)

Pincus (1989) evidencia que estudar as interações em uma situação de perda é uma tarefa complicada. Principalmente porque um dos parceiros não está presente no processo dinâmico da relação, não podendo assim, analisar exatamente o padrão dessa relação, que com sua morte deixou apenas sinais de sua contribuição. Além disso, o sobrevivente pode relatar fatores que imprimam suas próprias necessidades, de acordo com seus sentimentos perante a perda. Portanto pode haver distorções à medida que a idealização do falecido modifica-se durante as várias etapas do luto.

Ainda de acordo com Pincus (1989), a idealização do falecido é um fator importante nas respostas à perda, sendo que as interações que existiam entre o sobrevivente e o morto, seguem um padrão contínuo de interação no casamento o qual foi destruído pela morte.

Partindo do mesmo pressuposto, Parkes (1998) evidencia que os aspectos negativos do casamento não são evidenciados depois da morte do cônjuge, dando lugar ao que este autor denomina, no mesmo sentido que Pincus (1989), de idealização, sendo esta uma reavaliação que o sobrevivente faz para construir uma nova imagem do falecido, tendo em vista que as lembranças felizes e os aspectos valorizados no relacionamento são conteúdos que se busca guardar e perpetuar. Parkes (1998), inclusive, afirma não ser possível, em suas pesquisas com mulheres viúvas, fazer estimativa confiável sobre o grau de idealização nos aspectos relacionais do casamento.

Partindo da afirmativa de Parkes (1998), torna-se difícil estabelecer fidedignidade nas respostas obtidas, sendo elas carregadas de significados que a morte do cônjuge acarretou, podendo inclusive, serem distorcidas, à medida que se busca o reconhecimento de uma relação conjugal feliz e apaixonada, podendo sofrer influências de seus sentimentos referentes a saudades e a falta do cônjuge.

#### **4.1.2 Rotina do casal**

Para os relatos apresentados nesta subcategoria houve um contraponto entre as participantes, no qual S1 especifica que não existia rotina entre o casal,



sendo para ela uma rotina “anormal”. Enquanto S2 relata que seguia uma rotina proposta como “normal”.

Na entrevista, S1 deu muita ênfase a irregularidade de rotina, podendo ser percebida como um pressuposto dela em relação à rotina ser algo negativo entre os casais. Sendo possível verificar a identificação sugerida na subcategoria anterior, 4.1.1 “emoções na relação conjugal”, podendo ser vista neste contexto, como uma identificação do casal a não seguir rotina.

“[...] sair para jantar fora, a gente fazia muito disto. Então a nossa rotina não era exatamente uma rotina... não seguia uma rotina, a assim “só na sexta ou no sábado” ou vamos no sábado e domingo só assistir filme e dormir, não! Não tinha isto. Não tinha rotina.” (S1).

“A gente saía, viajava [...] Era muita aventura” (S1).

Entretanto, S2 descreve na entrevista regularidade de rotina no dia a dia do casal, tanto durante a semana quando ela cuidava da casa e o esposo trabalhava, inclusive com horários definidos, quanto aos finais de semana no qual eles faziam programas de lazer:

“[...] fazia festa, saía, ia dançar nos bailes, ia a praia [...]a gente ia muito para a praia” (S2).

“Ele trabalhava, eu cuidava da casa, cuidava do J., ele vinha em casa meio dia, almoçava e ia trabalhar de novo, daí pelas 05h30min... jantava, normal, né, durante a semana era normal [...] Nos finais de semana a gente saía, ia dançar [...]” (S2).

Essa diferença não parece ter conteúdo substancial, já que Pincus (1989) explica que o padrão de relação e as interações que motivam as necessidades do casal é uma escolha que cada um faz do parceiro no casamento. Tendo em vista que, cada pessoa busca na outra, aspectos de sua personalidade que afetam todas as esferas da vida de ambos, ou seja, S1 encontrou no parceiro a falta de rotina, atribuída por ela como algo positivo, provavelmente motivada pela necessidade desse tipo de padrão de inter-relação, e o mesmo pode ser aplicado a S2 na sua motivação pela estabilidade com uma rotina a ser seguida, também atribuída como positiva para ela.

Mas o que se pode pressupor pela fala de S2 é certa dependência do cônjuge, sendo que ela cuidava da casa e do filho, enquanto ele trabalhava e sustentava a família. Assim, Parkes (1998) aponta que rompimentos nesse tipo de relação tendem a gerar problemas e atrasos nos processos de mudanças.

### 4.1.3 Identificação familiar

A identificação familiar expressa nesta subcategoria aponta que a família possui uma união por se identificar uns com os outros. Kübler-Ross (1997) faz uma observação no sentido de que a estrutura e a união familiar são determinantes no enfrentamento do processo de adoecimento. No caso de S1, ressalta que a falta de rotina, na qual o casal se detinha, era seguida pelos filhos, assim como, a união familiar. No mesmo enfoque S2 sinaliza a união familiar e também a identificação no qual o falecido passava ao filho do casal.

“Os filhos também, acho que puxaram os pais né, porque são bem aventureiros, não gostam muito de rotina [...] E os filhos seguiram o mesmo ritmo... a mesma rotina, assim...” (S1)

“Mas tem uma coisa assim que eu acho que é bem família, eles são... bem unidos, gostam de fazer tudo junto, a família em si... Ahm... Ou para sair, para comer fora... ou para ir em cinema ou cair em uma festa [...] A maioria gosta de sair todo dia, a família junto.” (S1)

“Ele era muito arteiro, as vezes ele ensinava mesmo o J. a fazer bastante barulho, ninguém agüentava o J.[...] A gente fazia tudo junto, né! Tudo junto.” (S2)

De acordo com Rolland (1998) os indivíduos formam-se a partir da relação com os demais membros familiares de origem, sendo a família responsável por estabelecer funções no desenvolvimento dos indivíduos. Sendo essa afirmativa correspondente aos relatos citados, no qual Pincus (1989) atribui a identificação do casal como um processo de ampliar, emprestar ou fundir a própria identidade à outra pessoa, inferindo-se então que, para a família essa identificação está inerente nas relações.

## 4.2 O PROCESSO DE ADOECIMENTO PARA A FAMÍLIA

Esse eixo temático tem o intuito de investigar se foi vivenciada a perda antecipada no processo de adoecimento do cônjuge. Tendo relação direta com o segundo objetivo específico desta pesquisa. Para tanto, foi desenvolvida de acordo

com seis perguntas que abrangem esse tema. As entrevistadas expuseram conteúdos que foram explorados por meio de sete subcategorias.

Categoria: A perda antecipada no processo de adoecimento do cônjuge	
SUBCATEGORIA	UCE
Primeiro contato com a doença	<p>“Eu achei que ele estava com uma ameaça de derrame... de qualquer outra coisa! Mas nunca me passou pela a cabeça que era um câncer, né.” (S1)</p> <p>“Ele começou com tosse e... dor no estomago, a gente achava que era qualquer coisa, né” (S2)</p>
Fatores emocionais	<p>“[...] mas com um diagnostico deste... você sabe que tudo que você esta fazendo é em vão! É muito, muito ruim! A pior situação que existe no mundo é esta... É como se estivessem te roubando uma coisa assim que não... não tem explicação... É muito revoltante.” (S1)</p> <p>“Eu tava braba mesmo, sabe... De ter tido o J., que hoje é sem pai, sabe, e ele morrer, eu não aceitava isto [...] Raiva do destino eu acho sabe.” (S2)</p>
Adoecimento sintomático	<p>“Como eu me segurava muito... segundo o que o dr falou, e era mesmo, né... eu tinha uma... cefaléia tencional... que a dor que eu tinha era por causa da tensão que eu estava passando.” (S1)</p> <p>“[...] tive muita febre, aí... depois sempre se tem alguma coisa ou outra, né, ainda que eu estava com anemia... E hoje eu estou com diabetes, estou fazendo um tratamento para o estomago bem forte, estou assim com infecção no estomago, uma hérnia no estomago, estou comprando remédios caríssimos.” (S2)</p>
Mecanismos de enfrentamento	<p>“Eu fui me auto ajudando... eu tive auxilio também, né, psicológico... e eu li muito e... até mesmo porque isto ia me levar mais para o fundo do poço do que eu já estava me sentindo, né. Então eu fui me conscientizando que não era só eu que estava perdendo, que tem muita gente que perde todos os dias, né.” (S1)</p> <p>“Não fiz nada” (S2)</p>
Período de	“Tirando isto o restante eu fiquei direto, até porque

internação	<p>ele não ficava com ninguém... ele ficava agitado, daí ele tinha dor, passava mau, aí eu chegava e passava tudo.” (S1)</p> <p>“No adoecimento dele, eu já não sabia mais se ele ficava no hospital, se ficava em casa, o que que eu fazia, o que que não fazia, estava bem confusa, bem confusa.” (S2)</p>
Relação com o cônjuge	<p>“Eu não era mais a mulher... eu era mãe e babysither dele, uma cuidadora... e... e também era muito ruim, né, olhar o homem que você foi casada 28 anos... é... um bebê grande... tem certas atitudes e coisas que me irritavam.” (S1)</p> <p>“Quando soube que era câncer e tudo ele dizia “é! Então quer dizer que o nosso caso de amor acabou” eu disse “não, não, não acabou então.” (S2)</p>
Despedida	<p>“Eu me despedi dele naquele momento ali, no hospital foi só um tchau... A despedida foi em casa mesmo” (S1)</p> <p>“[...] e teve uma hora que eu estava chorando e ele “não chora! minha missão terminou, eu estou sentindo, pelo J. Mas eu sempre vou estar sempre contigo, no teu caminho, contigo e com o J.” ele me consolava depois, sabe, ele que me consolava... só que eu não aceitava” (S2)</p>

#### 4.2.1 Primeiro contato com a doença

O primeiro contato com a doença, relatado pelas entrevistadas, aconteceu de forma inesperada. Tanto S1, quanto S2, relatam que o cônjuge começou a sentir dores e elas o levaram ao hospital, acreditando que, com uma medicação a dor sentida iria passar, juntamente com a suposta doença. Contudo, o diagnóstico de uma doença terminal foi vivenciado com sentimento de choque para as duas entrevistadas:

“Bem inesperada [...] eu levei ele para o plantão [...] E é horrível! Porque... É a pior coisa, porque eu esperava qualquer outra coisa, menos isto, que ele tivesse qualquer [...] Eu achei que ele estava com uma ameaça de

derrame... de qualquer outra coisa! Mas nunca me passou pela a cabeça que era um câncer, né.” (S1)

[...] ele começou com tosse e... dor no estomago, a gente achava que era qualquer coisa, né, [...] consegui levar ele lá, e quando eu cheguei lá já estava tomado, né, já estava tudo tomado.” (S2)

Rolland (1998) caracteriza o início da doença como o primeiro contato com a possibilidade de perda, suscitando muito sofrimento no caso de um prognóstico terminal. Diante das reações de choque e desespero descritas pelas entrevistadas, pode-se pressupor o início do luto antecipatório.

Rando (apud JANN, 1998) afirma que o luto inicia antecipadamente no prognóstico terminal de uma pessoa amada, ele considera que as características que envolvem os pacientes terminais influenciam a essência do luto iniciado no momento do prognóstico. Nesse momento suscita a idéia de destruição de expectativas de futuro, relacionando inclusive, a ausência do paciente no cotidiano da vida familiar pelas limitações que a doença impõe. Essa característica é relatada, pelas entrevistadas, como reações diante o prognóstico terminal:

“Na hora eu fiquei assim... Paralisada, sabe quando parece mentira que não é contigo que esta falando, que não é isto... E eu dizia “Não pode ser” [...] Então a principio... eu fiquei naquele choque... “meu Deus o que que eu vou fazer agora?” [...] e daí é uma bomba! Parece uma bomba atômica dentro de ti que... a tua vida virou tudo do lado avesso.. eu quase surtei.[...] A minha reação foi de... assim.. choque extremo! Eu fiquei assim estática.” (S1)

“Eu só chorava, mas chorava escondido, porque não ia chorar na frente dele, né [...] eu ficava desesperada, né, eu já estava assim bem desesperada, de chorar [...] porque a gente fica meio pirada, a gente fica meio pirada, bem bem bem desnorteada, bem assim... bem... tinha perdido a situação, né, completamente.” (S2)

De acordo as fases do luto, elaboradas por Bowlby (1990) o choque é uma das principais características da primeira fase, onde ocorre o entorpecimento no momento da morte da pessoa amada, pois a morte abrange um sofrimento emergente no qual desencadeia o processo de luto. Pode-se então verificar que as reações descritas pelo autor como reação a perda, foram expressa pelas entrevistadas como reações à notícia do diagnóstico, onde o choque extremo e o desespero foram relatados com ênfase em seus relatos.

Contudo, a afirmação proposta por Rando (apud JANN, 1998) fica muito expressiva nos relatos, sendo então pertinente à descrição do luto antecipatório assegurado por este autor, onde a separação final ainda não ocorreu, mas o

sofrimento emerge com a ameaça de perda. A reação de choque e desespero como primeiras reações frente ao prognóstico são verificadas.

#### 4.2.2 Fatores emocionais

Os sentimentos descritos nas entrevistas e analisados nesta subcategoria são compreendidos por Rando (apud JANN, 1998) como as reações emocionais dos familiares, impostos pela doença. Ele afirma que a ameaça da perda torna-se progressivamente consciente para o familiar, de forma ele tem que lidar com reações advindas dessa consciência. O reconhecimento da necessidade de mudança da identidade por novos papéis a serem assumidos, a construção da imagem que a pessoa amada deixará após a morte e o planejamento de futuro como uma consequência natural associada à consciência da ameaça de morte, implicam na compreensão das mudanças e perdas a serem enfrentadas. Nos relatos, as afirmações do autor foram claramente expressas.

No caso de S1 com questionamentos que ela fazia a si mesma, evidenciando não entender o porquê de estar acontecendo tal situação, mas associando a sua consciência à ameaça de morte, quando ela ressalta que seu esposo irá abandoná-la:

“Porque que ficou doente? Vai me abandonar... Vai me deixar...” (S1).

Inclusive os novos papéis a serem exercidos por ela também começam a ser associados à seus próprios questionamentos, onde ela progressivamente reconhece os problemas que terá de enfrentar com essa nova situação:

“Olha todos os pepinos que eu tenho para resolver agora... E como que eu vou ficar sem ele?” (S1).

E por fim a construção da imagem do esposo, compreendida por ela de forma positiva, mas demonstrando revolta por algo “ruim” estar acontecendo a uma pessoa tão “boa” quanto seu esposo:

“Porque que isto acontece? O cara é bom! Ele... é um ótimo pai... é... família... é trabalhador... Nunca fez mal para ninguém... Porque isto aconteceu com ele?” (S1).

No caso de S2, fica evidente a afirmação do autor, com o relato em sua reação de raiva do cônjuge, sobretudo pelo fato de ela se deparar com uma nova

situação que a morte do seu esposo acarretará em sua vida, no qual ela designa sua raiva pelo fato do filho crescer sem um pai. E também a raiva do destino, no qual se pode pressupor a não aceitação da necessidade de mudança no qual a ameaça à perda remete a entrevistada, inclusive ela ressalta que não aceita isto:

“Eu tava braba mesmo, sabe... De ter tido o J., que hoje é sem pai, sabe, e ele morrer, eu não aceitava isto [...] Raiva do destino eu acho sabe.” (S2).

Os sentimentos de raiva e impotência são descritos pelas entrevistadas de formas enfáticas. Principalmente, pelo fato do prognóstico ser colocado a uma perspectiva de vida em curto prazo e uma morte programada como relata S1, suscitando assim um sofrimento intenso frente à sensação de impotência quando ela fala *“é a pior situação que existe no mundo”* (S1):

“[...] quando esta programado, é bem pior, né... Então dá assim...uma sensação de impotência de que tu não é nada! Nada! [...] Com um diagnostico deste... você sabe que tudo que você esta fazendo é em vão! É muito, muito ruim! A pior situação que existe no mundo é esta... É como se estivessem te roubando uma coisa assim que não... não tem explicação” (S1)

As reações diante à ameaça de perda, explicadas por Rando (apud JANN, 1998), envolvem aspectos afetivos como a raiva, que é justificada pela impotência que a pessoa sente em presenciar a doença devastar a pessoa amada, gerando assim, sensação de estar sendo injustiçada. Como relata S1 inclusive, raiva de Deus, do esposo e de todo mundo, direcionando a sua impotência frente à ameaça de perda em sentimentos de raiva.

“Acho que toda aquela gana... porque a principio da uma raiva da pessoa, ai que gana, né!! [...] Aí deu raiva de Deus... né...A primeira coisa assim que vem é de Deus... Pô mas eu não acredito num Deus que faz isto com um pai de família. [...] Mas a principio o que dói muito é a raiva... Raiva de Deus e de todo mundo, sabe [...] Eu fiquei muito muito tempo com muita raiva. (S1)”

Rando (apud JANN, 1998) explica que esta sensação de impotência é causada pela ansiedade de separação e apreensão pela ameaça da perda, além da visualização da própria morte por acompanhar a morte do outro. O que podemos observar na fala de S1, no qual ela mesma se diz não ser nada, mostrando assim o impacto com a própria finalidade da vida, sendo pressuposto o “nada” no sentido de que a vida leva a morte e essa é o fim, é o nada.

“Então dá assim...uma sensação de impotência de que tu não é nada! Nada! Na verdade a gente não é...nada. E nesta hora daí que você vê bem que tu não é nada!” (S1)

Parkes (1998) afirma que uma ameaça de perda, como no caso de uma doença terminal, provoca uma reação diante à morte, mas a esperança pode ser ainda sentida como um mecanismo de enfrentamento para a família. O momento decisivo para que ocorra o luto só poderá ser sentido na ocasião da morte, no qual não se tem mais esperança. Porém, as entrevistadas não demonstraram o sentimento de esperança descrito por Parkes (1998), diante o relato de S1, na afirmação de que nada poderá ser feito e a morte está visivelmente sendo esperada, sendo então percebido a raiva sentida pela impotência:

“Vai fazer o que? O que era para ser feito, foi feito... Mas tu sabe que a pessoa não vai ficar bem, que vai vir a falecer...” (S1)

As respostas nessa subcategoria coincidem a sentimentos descritos dentro das fases do luto, no qual Bowlby (1998) aponta a primeira fase, do entorpecimento que ocorre o choque como reação inicial à perda por morte. Sentimento esse expresso pelas entrevistadas e analisado na subcategoria anterior, do primeiro contato com a doença.

A fase seguinte é visivelmente relatada pelas entrevistadas nesta subcategoria, no qual o sentimento de raiva prevalece, ocasionando sensações de culpa e dirigindo assim sua raiva a si mesmo, a outras pessoas e também ao falecido, neste caso, ao doente, até pelo fato de sentir que está sendo abandonada e que terá novos papéis a assumir.

Na terceira fase, também verificada nesta subcategoria, Bowlby (1998) afirma a ocorrência do desespero, pois o enlutado reconhece que nada poderá ser feito para reverter à situação da perda, estando esta intrínseca a ameaça de morte. Sendo verificado então, o luto antecipatório apontado por Rando (apud JANN, 1998) também nesta subcategoria.

#### **4.2.3 Adoecimento somático**

Nesta subcategoria, as entrevistadas relataram diversos problemas de saúde após o adoecimento do cônjuge. O adoecimento somático pode ser explicado através de Angel (apud BROMBERG 2000) que considera o luto como uma doença, onde os sofrimentos psíquicos e conseqüentemente fisiológicos se fazem presente,



sendo constatados nos relatos das entrevistadas. Inclusive Bromberg (2000) cita alguns sintomas somáticos do luto, como disfunção alimentar e distúrbios gastrintestinais, que pode ser visualizado nesse relato de S2:

“[...] tive muita febre, aí... depois sempre se tem alguma coisa ou outra, né, ainda que eu estava com anemia... E hoje eu estou com diabetes [...] estou fazendo um tratamento para o estomago bem forte, estou assim com infecção no estomago, uma hérnia no estomago, estou comprando remédios caríssimos”.(S2)

Vale ressaltar que o cônjuge de S2 faleceu de câncer no estômago, e em seu relato acima, ela cita problemas de saúde exatamente no mesmo local que seu esposo desenvolveu a doença.

Angel (apud BROMBERG 2000) afirma que o sofrimento provoca um descompasso no funcionamento do organismo, podendo durar dias, semanas ou meses. Sugere que o processo de luto desencadeia um estado de doença, mas com a elaboração do luto, a saúde é restabelecida. O que não pode ser evidenciado com S2, já que se passaram oito anos da morte do cônjuge e ela ainda sofre as conseqüências físicas que seu processo de luto desencadeou. É possível inferir, pelos dados que apontam especificamente nessa subcategoria, que a elaboração do luto pode não ter sido ainda concluída por S2.

Os sintomas somáticos apresentados por S1, são associado aos sintomas do cônjuge, o qual, vale ressaltar, teve câncer no cérebro. Ela relata ter consciência de sua associação, e apresenta como sintomas fortes dores de cabeça:

“[...]e...tive que ir no neurologista porque eu tinha muita dor de cabeça...[...]Eu tinha os sintomas que ele tinha... tudo... no psicológico... no sistema nervoso, né! [...]Como eu me segurava muito... segundo o que o dr falou, e era mesmo, né... eu tinha uma... cefaléia tencional... que a dor que eu tinha era por causa da tensão que eu estava passando.” (S1)

Essa relação com a doença do cônjuge pode ser percebida, como ela mesma descreve, uma forma de evidenciar seu sofrimento, tendo em vista os fatores psicológicos. Com a morte do cônjuge os sintomas também desapareceram: “*Eu fiquei um ano com infecção*” (S1), vale ressaltar que esse foi exatamente o período de sobrevivência do cônjuge desde o diagnóstico.

De acordo com Parkes (1998) pode haver contradições no que se refere ao luto como causa de doença, pois existem muitos fatores a serem analisados perante essa questão, como o aumento pela busca de ajuda profissional, principalmente médica e religiosa. Mas ele designa a maior parte dessa procura, por tensão e ansiedade e não por doenças físicas. Sugerindo assim, que os problemas

psicológicos requerem maior atenção neste âmbito, pois estes podem ser responsáveis pelos sintomas físicos.

#### 4.2.4 Período de internação

De acordo com Kubler-Ross (1997), os efeitos sobre a família no período de internação do doente são extremamente amplos, principalmente para a esposa, que geralmente é quem cuida e acompanha o cônjuge. As funções a serem assumidas nesse contexto envolvem, desde a administração das visitas, sua permanência no hospital, e até, assuntos financeiros. Nos relatos, é possível identificar a permanência das entrevistadas neste âmbito e o quanto seus cuidados foram exigidos, inclusive pelos próprios cônjuges.

“[...] eu fiquei direto, até porque ele não ficava com ninguém... ele ficava agitado, daí ele tinha dor, passava mau, aí eu chegava e passava tudo [...] Fazer ele caminhar... humm... ler para ele... tudo era eu, tudo.” (S1)

“[...] ele queria só que eu ficasse lá, toda a vez ele queria que eu ficasse lá [...]” (S2)

Mas Kubler-Ross (1997) afirma que essa presença constante pode não ser eficiente, no sentido de exigir demais do acompanhante e este também precisa de certos cuidados, inclusive para não adoecer também. Como foi verificado na subcategoria 4.2.3 “adoecimento somático”, no qual S1 adoeceu junto ao cônjuge. A autora ressalta, ainda, ser “cruel” a exigência da presença constante do familiar nesse contexto, apontado uma necessidade de adaptação que deve ocorrer gradativamente, inclusive para quando o cônjuge não estiver mais presente.

Ainda de acordo com Kubler-Ross (1997), as mudanças na família irão variar desde o princípio da doença até muito tempo depois da morte. É necessário certo cuidado para não haver esgotamento físico e emocional, até para que, nos momentos mais difíceis possa se fazer útil de suas energias. Vindo ao encontro dessa afirmação, o relato de S1, ao descrever uma situação de desavença com o esposo no hospital, evidencia em sua fala tal cansaço: “*saturou minhas energias e tudo [...]*” (S1).

Na entrevistas de S2, ela aponta com muita ênfase e repetições em sua fala, que a exigência de permanência no hospital a deixou muito confusa e também

lhe acarretou problemas com o filho que precisava de seus cuidados tanto quanto o esposo. O que pode ser verificado pela afirmação de Kubler-Ross (1997), o esgotamento emocional causado pela hospitalização e a administração necessária da família, tanto que a fez pedir ao médico dar alta ao esposo para que pudessem ir para casa:

“No adoecimento dele, eu já não sabia mais se ele ficava no hospital, se ficava em casa, o que que eu fazia, o que que não fazia, estava bem confusa, bem confusa...” (S2)

“E o J. queria ficar, e queria ficar junto e... quando eu ia para o hospital ele não ficava com ninguém” (S2)

“[...] eu estava quase ficando doida, né, com a situação... Daí eu achei melhor mesmo, né, ficar em casa, eu podia cuidar dele e cuidar do J. em casa é bem melhor do que ficar indo para o hospital... [...] fomos para casa, mas a gente já estava assim... nem sabia mais o que estava fazendo também, né, porque... fica uma situação, e gente vindo, visita [...]” (S2)

No caso de S1, sua permanência no hospital também confirma a crítica de Kübler-Ross (1997), pois ela relata que permaneceu durante todo o tempo em que o cônjuge esteve doente junto a ele. Não teve uma adaptação gradativa, tanto que em vários momentos da entrevista, ela expõe o desgaste físico e emocional que passou neste período. Neste relato ela alega que sua presença foi constante e trabalhosa, confirmando a crítica do autor:

“Eu tava praticamente morando lá, eu tinha tudo lá [...] não agüentava mais que eu não dormia, né... Eu não ficava sentada nada! Era direto de pé ao lado dele... tinha que ficar segurando a mão dele em pé [...]” (S1).

“Eu envelheci muito em pouco tempo [...] Então foi muito trabalhoso e revoltante”.(S1)

De acordo com Rolland (1998) a hospitalização também envolve muitas respostas emocionais como ansiedade de separação, solidão, tristeza, desapontamento, raiva, ressentimentos, exaustão, culpa e desespero. Todas essas emoções foram percebidas e apontadas por S1 e S2 no decorrer da entrevista, não na mesma ordem descrita pelo autor, mas ele afirma que as variações das respostas emocionais são influenciadas pelo tipo de doença, as exigências emocionais e sociais e o grau de incerteza do prognóstico. Isso explica as variações das emoções por elas expostas.

Pode-se, então, afirmar que as emoções advindas do processo de adoecimento apresentam influência na dinâmica familiar e a esposa exerce função tanto nos cuidados do cônjuge quanto nas mudanças que o adoecimento acarreta na família.

#### 4.2.5 Relação com o cônjuge

A relação conjugal, a partir desse contexto, sofre alterações principalmente pelos transtornos que implicam a doença e os novos papéis a serem assumidos pela família. De acordo com as entrevistas, é possível verificar mudanças acentuadas no relacionamento conjugal, especialmente comparado com as respostas obtidas na categoria 4.1 “Relação conjugal antes do adoecimento”. Como neste relato, em que S1, afirma uma inversão da situação e dos papéis na relação conjugal:

“Eu não era mais a mulher... eu era mãe e babysitter dele, uma cuidadora... e... e também era muito ruim, né... Olhar o homem que você foi casada 28 anos... é... um bebe grande... tinha certas atitudes e coisas que me irritavam... [...] Ele que tinha que me proteger e me cuidar, sempre fez isto! E de repente a situação se inverteu, eu é quem tinha que proteger ele e cuidar dele, e ainda ser... a babá (risos). Então é bem... bem estranho, muito ruim isto.” (S1)

Kubler-Ross (1997) afirma que a preocupação com a doença do cônjuge, os transtornos causados pelas novas funções exercidas e o possível cansaço causado pela permanência nos cuidados, reforçam-se a uma solidão maior e com isso, um ressentimento, mesmo que esses conteúdos estejam conscientes para ela. Sendo evidenciado, neste relato, no qual S1 se mostra compreensiva e consciente de toda situação, mas o sentimento de raiva pelo cônjuge está explícito:

“Mas ele esta doente... ele não tem culpa de estar fazendo isto, mas que dá raiva dá! Então tem que contar até 20 para... passar e aí voltar a calma... E perde! E quem disser que não perde esta mentindo! A calma em alguns momentos perde sim...” (S1)

Rando (apud JANN, 1998) explica o processo interacional do paciente com o envolvimento ativo dos familiares no processo de adoecimento. Sendo que, o paciente também exerce função de resolução de conflitos que poderiam fazer parte da relação anterior da sua doença, para que estes sejam resolvidos antes de sua morte. O que pode ser percebido, no relato de S1, quando seu esposo a chama para lhe pedir perdão, poucos dias antes de falecer, para resolver conflitos que aconteceram no decorrer do casamento, sendo importante verificar, neste contexto, a aceitação e reciprocidade de S1 no seguinte diálogo:

“Ele me chamou: “vem aqui que agora eu quero te falar uma coisa contigo”, aí ele me chamou, ele me pediu perdão por todas as coisas que ele fez errado comigo... daí... eu disse “a, então eu também tenho que te pedir perdão, porque eu também fiz coisas erradas”” (S1)

O que não ocorreu no caso de S2, onde ela enfatiza uma tentativa do cônjuge de conversar sobre a morte e o término que esta causaria na relação deles. Mas ela não aceitou ter esse diálogo, como também não aceitou o fim da relação conjugal, de acordo com este relato:

[...]quando soube que era câncer e tudo, ele dizia “É! Então quer dizer que o nosso caso de amor acabou” eu disse “não, não, não acabou então”. (S2).

A princípio, S1 apresentou em sua fala um cuidado para não expressar seu sofrimento ao cônjuge:

“Eu não podia passar para ele uma cara abatida, chorona, né... porque não ia ajudar em nada ele... e eu segurei o que eu pude”. (S1).

A falta de expressão de seus sentimentos, de acordo com a própria entrevistada, corroborou para os adoecimentos somáticos relatados e analisados na subcategoria 4.2.3 “adoecimento somático”. Kübler-Ross (1997) aponta que a incapacidade de superar sentimentos resulta em adoecimentos somáticos.

Entretanto, na seqüência da entrevista, ela assinala que no decorrer da doença conseguiu falar tudo que sentia a ele, inclusive exigindo reconhecimento dele pelos seus cuidados:

“Então se você não se conscientizar disto e... ter no mínimo assim: “pô, ela esta aqui, tá me cuidando, esta aqui comigo”... vamos ser... nós sempre fomos amigos... Se você não fizer isto, eu vou te deixar sozinho.” (S1)

De acordo com Kuber-Ross (1997) é esperado que as pessoas relutem em falar sobre seus sentimentos, principalmente quando se está dentro de um processo no qual se espera pela morte. Ela afirma, entretanto, que a comunicação torna-se menos dificultosa à medida que esse assunto começa a fazer parte da relação. Isso implica de modo significativo e profundo em uma aproximação maior e compreensão entre o casal. Sendo então possível identificar essa afirmação em toda a entrevista de S1, podendo também ser verificado este conceito nas entrevistadas, através de uma compreensão maior, na próxima subcategoria, item 4.2.6.

#### **4.2.6 Despedida**

No processo de adoecimento, existe a possibilidade de despedida da pessoa amada, diferente de uma morte súbita na qual não há tempo suficiente e nem a presença em vida do falecido para a ocorrência de tal fato.

Essa subcategoria foi apresentada pelas participantes com implicações diferentes, no qual S1 aponta efeitos positivos em sua despedida do cônjuge, quando ela afirma com emoção em sua entrevista:

“Mas... pelo menos eu consegui dar tchau para ele, consegui me despedir” (S1).

Entretanto, S2 não apresenta tais implicações, não havendo reciprocidade na despedida, como já visto e analisado na subcategoria anterior 4.2.5 “relação com o cônjuge”. Sendo discutido novamente nesta subcategoria, a não reciprocidade de S2, como apresentado neste trecho da entrevista, o qual implica uma situação da relação na despedida.

“Teve uma hora que eu estava chorando e ele “não chora...minha missão terminou, eu estou sentindo, pelo J., mas eu sempre vou estar sempre contigo, no teu caminho, contigo e com o J.” ele me consolava depois, sabe, ele que me consolava...só que eu não aceitava.”(S2)

Kubler-Ross (1997) explica que é habitual e saudável, o paciente na fase final de sua doença se desprender gradativamente de sua vida, inclusive de sua família, como forma de se preparar para a morte. A despedida pode ser ponto importante no sentido do fornecer um desligamento que pode auxiliar na aceitação da morte, e com isso fornecer também a aceitação na última fase do processo de luto. Portanto, é pertinente expor que no relato de S2 acima, houve uma tentativa do cônjuge de compartilhar suas emoções, a fim de eles enfrentarem juntos a realidade de separação, que emergiu no adoecimento, para que então, ela também pudesse aceitar a separação e futuramente a morte dele. No entanto essa tentativa não obteve êxito.

Contudo, S1 confirma a explanação de Kubler-Ross (1997), neste relato de desligamento do cônjuge:

“Ele me disse que ele não era mais pai, que ele não era mais marido... que ele não era mais nada e que um homem quando não é nada, é melhor não existir... Foi bem bem... bem profundo e muito triste, e ele estava se despedindo, né”(S1).

Inclusive, aponta em seu relato seguinte, posicionamento diferente de S2, sendo afirmada sua reciprocidade de despedida, que ela designa ter acontecido em casa, num diálogo entre o casal:

“Eu me despedi dele naquele momento ali, no hospital foi só um tchau... A despedida foi em casa mesmo”. (S1).

No momento da morte, ela afirma ter presenciado o falecimento do cônjuge, e a despedida foi feita de forma pontual, mas continua imprimindo aceitação:

“Falei... “Tchau Amor”, porque eu sabia que isto estava acontecendo... e... “Vai com Deus!””(S1).

Rando (apud JANN, 1998) afirma que a despedida se faz importante no sentido de resolver assuntos pendentes como conflitos, sentimentos e significados. Assim pode ser colocado um fechamento na relação, sem deixar lacunas em assuntos que pudessem ter ficado mal resolvidos. Esse envolvimento durante a doença da pessoa amada, facilita no enfrentamento do seu luto antecipatório e provavelmente no auxílio da elaboração do processo de luto.

#### 4.3 O PROCESSO DE LUTO

Esse tema apresenta uma categoria: “O processo de luto vivenciado desde o momento do diagnóstico”, e foi explorado de acordo com oito perguntas que abrangem essa temática. Essa categoria está relacionada ao terceiro e último objetivo específico desta pesquisa, que visa explorar o processo de luto vivenciado desde o momento do diagnóstico e após a morte, apontada pelas entrevistadas por meio de quatro subcategorias apresentadas no quadro abaixo:

Categoria: O processo de luto vivenciado desde o momento do diagnóstico	
SUBCATEGORIA	UCE
Reação e emoções frente ao falecimento	“Daí na hora eu chorei, entrei em pânico e minha filha também...e aí foi uma seqüência de pânico.” (S1)  “Senti um desespero, uma coisa difícil de explicar.” (S2)
Relação com os filhos	“[...] eu tinha que socorrer minha filha que entrou em pânico, né! O paizinho dela estava indo embora” (S1)  “[...] eu protejo ele mais do que de costume, porque

	eu tenho pena dele que ele não tem pai.” (S2)
Mudanças	<p>“porque agora é só eu que decido e antes era conjunto, né.” (S1)</p> <p>“[...] por isto que eu não consegui ficar morando lá, que eu tive que sair de lá” (S2)</p>
Suporte e ações de superação	<p>“Todos da família, então tudo isto ajuda, né, você não esta sozinha, não esta abandonada... acaba vendo que não esta sozinha e não esta abandonada” (S1)</p> <p>“eu achando que se eu saísse de lá amenizava um pouco, só que onde eu vou, ate hoje eu fujo né, onde eu vou e continua tudo... tudo a mesma coisa.” (S2)</p>

#### 4.3.1 Reação e emoções frente ao falecimento

Os sentimentos diante da morte do cônjuge foram apresentados pelas entrevistadas de modos distintos, entre o momento da notícia, os primeiros meses e após um ano a morte. Portanto, essa subcategoria será analisada nos três momentos apresentados por elas. O ponto de partida para essa análise será o conteúdo apresentado pelas entrevistadas, sendo relacionado com a tabela 1 do referencial teórico, no qual vale ressaltar que este quadro apresenta quatro das fases do luto.

Na primeira fase do luto, que ocorre no período de poucas horas ou muitos dias após a morte, de acordo com o quadro elaborado pela própria autora da pesquisa e de acordo com os estudos de Bowlby (1998), o sentimento inicial é de entorpecimento, com características de choque, crises de raiva, desespero e desamparo.

De acordo com as entrevistas, o sentimento de desespero e desamparo foi enfatizado como primeira reação à morte, confirmando as características descritas no quadro a partir dos estudos de Bowlby (1998):

“Senti um desespero, uma coisa difícil de explicar, sabe... Desespero e não queria ver ele morto, né, só que daí no passar por lá eu vi, sabe, eu vi assim, é... e eu fiquei com aquela imagem dele morto lá, daí eu fui lá para dentro, não queria ver eles tirarem ele de lá nem nada, né... Ah, foi horrível.” (S2)



É importante ressaltar, neste relato, que além do desespero, houve também uma negação ao ver o cônjuge morto, podendo inferir que essa negação terá conseqüências talvez negativas, do ponto de vista dos autores referidos nesta pesquisa, sobre a elaboração do luto.

O choque e a raiva apontados por Bolwby (1998), não foram apresentados como característica neste contexto, e sim no adoecimento, já exposto e analisado na categoria 4.1 “processo de adoecimento para a família”. Em seu relato S1 descreve:

“[...]uma sensação de abandono, de perda de abandono, de que não tinha ninguém por mim mais, de solidão e “o que que me aguardava” [...] ”... Impotência, medo... Na hora eu não senti raiva, mas eu senti todas estas outras coisas... Solidão, abandono...uma mistura assim de sentimentos, né. De abandono acho que era a mais forte, pensar que esta sendo deixada para trás, completamente só.” (S1)

Na segunda fase do luto, de acordo com o quadro, dentro do período dos primeiros meses até um ano após a morte, são esperados sentimentos de saudades e busca pelo morto, culpa, raiva, afastamento e introversão, tendo como reações agitação física e espasmos de choro. Foram apresentados, nas entrevistas, sentimentos de insegurança, introversão e afastamento social, e como reação física espasmos de choro, como confirmação do quadro. Mas sentimentos de culpa e raiva não foram confirmados, estes foram sentimentos expostos e analisado também na subcategoria “perda antecipada”.

“Eu não me sentia mais segura igual quando eu tinha ele, eu me sentia muito frustrada, ahm...que não queria saber de nada, não queria me arrumar, não queria sair, e eu fiquei três meses sem sair, assim... o mínimo possível na rua, ou no pátio. Me sentia... extremamente assim... fora da... parecia que eu não fazia parte da sociedade [...] me dava aquelas crises de choro que não conseguia nem falar, eu chorava muito muito muito, de chorar 5 horas a fio... de não comer, de não querer sair do lugar [...] até o 5 mês eu tinha todo mês isto, de chorar assim 5 / 6 horas a fio, sem parar...ate uns dez meses eu não me reconhecia [...]” (S1)

E por fim, no período após o primeiro ano, identificado pelas entrevistadas, encontra-se duas fases de acordo com o quadro. A terceira fase geral do quadro é desorganização e desespero, tendo sentimentos de apatia, depressão, afastamento das pessoas e atividades, falta de interesse, e reações físicas como falta de sono, disfunção alimentar, distúrbios gastrintestinais e falta de concentração. Não foi possível verificar pelas falas das participantes essa fase, após o primeiro ano, sendo possível apenas relacionar algumas dessas características no decorrer de todo processo de luto, inclusive no período de adoecimento.

A quarta fase geral do quadro que é a reorganização, sendo esperado sentimentos positivos de aceitação, desistência do morto, retorno da independência. Pôde ser confirmada por S1 neste relato, o qual ela descreve essas características em forma de mudanças, mas é importante observar, que a saudade, esperada na segunda fase da tabela, permanece:

“Depois que fechou o ano eu já estava bem... bem, né, claro, de vez enquanto dava aquela saudade, né Consegui me relacionar bem como todo mundo, consigo ver melhor as pessoas, saio, agora converso tranqüila. Eu nunca mais tive aquelas crises de chorar 5 horas sem parar. Então mudou muito.” (S1)

Entretanto, fica clara a rejeição e desorganização na entrevista de S2. Ela demonstra ainda sentir raiva, e culpa o esposo, principalmente, pelo fato de ter que criar seu filho sem o pai estar presente:

“Até hoje eu não aceito, né. Eu não aceito mesmo [...] eu não acho justo isto, aí eu não perdôo mesmo porque... esta ali o J., sem pai, sem nada, né... Porque que tanto tanto tanto quis um filho para depois deixar? Então eu não aceito... Eu acho ele culpado nisto... Eu acho!” (S2)

Essa revolta de S2, explicada por Pincus (1989) pode ser compreendida pelo fato da morte acarretar angústia de abandono e culpa, mesmo que racionalmente ela tenha consciência que o cônjuge não desejou abandoná-la. Como estratégia de manter o marido morto em seus sentimentos e amenizar a culpa e a sensação de abandono, ela direciona seus sentimentos, mesmo que de forma negativa ao cônjuge. Mas Pincus (1989) ressalta que essa estratégia é utilizada até que, passado o processo de luto, ela aceite a separação e suporte a realidade sem o cônjuge.

Segundo o referencial teórico, no processo de luto normal, depois de passado algum tempo é esperado a aceitação e a reorganização da pessoa enlutada. Quando isso não acontece, pode ser um dos indícios de que a pessoa encontra-se dentro de um processo chamado de luto complicado, onde não ocorre a elaboração do luto.

De acordo com estudos realizados por Parkes (1998), sobre as síndromes específicas que causam o luto complicado, pode-se verificar que S2 apresenta características de alta dependência e desesperança. Os comportamentos do luto são expressos imediatamente após a morte e o tempo de duração de luto é excessivamente mantido. Isso, pelo fato de já ter se passado oito anos da morte do cônjuge, e no decorrer da entrevistas ela tenha ressaltado com muita intensidade o sofrimento e a revolta que sente ainda hoje.

Fazendo uma relação com as subcategorias 4.2.5 “relação com o cônjuge” e 4.2.6 “despedida”, é possível verificar que S2, em nenhum momento aceitou a perda do cônjuge. Tanto que se negou a aceitar o fim do relacionamento, e também, não aceitou conversar com ele na sua despedida, no qual ela acentua sua não aceitação da perda. Ela inclusive aponta também problemas sérios de saúde adquiridos neste processo.

Portanto, pode-se conferir com a afirmação de Parkes (1998) de que o luto não é um estado e sim um processo. Inicia após uma perda e é elaborado gradualmente, sofrendo influências internas e externas, de acordo com cada singularidade. E de acordo com Bowlby (2006), essas fases ajudam avaliar a presença de patologias e também em classificar o processo natural de luto.

#### **4.3.2 Relação com os filhos**

A relação com os filhos parece ser algo muito significativo na vida das entrevistadas, pois elas trouxeram essa questão diversas vezes na entrevista. O que se deve ao fato da nova constituição familiar ter perdido uma de suas matrizes, e o peso da responsabilidade de criação dos filhos, nesse novo contexto, pertencer exclusivamente, a elas.

Nesta fala, S1 relata que apesar de ela já estar sendo o pilar da família desde o adoecimento, com a morte isso se tornou um peso ainda maior. Além de sentir que nesse momento ela deveria ser o suporte dos filhos, dando seqüência, então, as suas ações perante eles:

“Eu já estava sendo há um ano o pilar da casa, né... Porque, na verdade eu era a mãe, o pai, tudo... E a partir daquele momento daí sim eu era de verdade, o pai, a mãe, tudo... o apoio deles, eu não podia desabar, tinha que dar apoio”.(S1)

Os principais papéis assumidos, necessariamente pela viúva depois da morte do cônjuge, incluem o “provedor principal, administrador, planejador familiar e educador dos filhos” (Parkes, 1998, p. 127). A função de apoio familiar passou completamente a ser sua responsabilidade, sem mais poder contar com a presença conjunta de tomadas de decisões e diálogos que tinha com o cônjuge. Tendo muito claro, em seu discurso, a maior responsabilidade perante os filhos.

Já S2, depois da morte do cônjuge, dedicou sua vida exclusivamente aos cuidados do filho. Mas ela argumenta que, exerce cuidados exagerados, o qual pode-se inferir uma transferência, dos sentimentos e cuidados que ela dedicava para o cônjuge, ao filho, como pode ser visualizado neste relato:

“E tem o J. né, eu vivo pra ele, mas o problema é que dou proteção demais para ele, porque eu não dei limite para ele, não quero que ninguém brigue com ele, eu protejo ele mais do que de costume, porque eu tenho pena dele que ele não tem pai.” (S2).

Inclusive, ela associa seus exageros nos cuidados com o filho, com o sentimento de pena por ele não ter o pai presente. Isso pode ser interpretado, como uma associação de sua própria condição, pois em toda a entrevista ela se coloca em uma posição de fragilidade por todo sofrimento vivenciado, não demonstrando ações para superação do luto.

#### **4.3.3 Suporte e ações para superação**

De acordo com Parkes (1998), a primeira fonte de apoio é a família, seguida dos amigos e relações sociais, sendo apontadas também por Pincus (1989), como sendo estas, muito importantes no sentido de suporte à reorganização das funções e minimização da sensação de solidão. Essas fontes de apoio foram evidenciadas por S1, neste relato:

“[...] o apoio da família também, né, dos amigos ajudou muito... porque nestas horas você vê realmente quem é seu amigo... E... Assim... eu tive varias surpresas de amigos que eu achava que eram só assim de “oi” e que vieram e me deram apoio, tanto para mim, quanto para os meninos, que eu não esperava [...]” (S1)

Profissionais como médicos, religiosos, enfermeiros e assistentes sociais também foram citados por Parkes (1998), mas com certa crítica de que recebem pouco treinamento sobre a questão de suporte emocional. Ele aponta que a psicologia entra nesta área podendo mostrar a importância do seu trabalho. Sendo então, conferido a importância do auxílio psicológico, visto o modo como S1 enfrentou a perda do cônjuge em todo seu processo de luto, e ressalta neste relato que teve suporte psicológico desde o processo de adoecimento:

“Eu tive o auxílio psicológico também, né, que ajudou bastante, tinha psicólogo para mim e para os gurus”. (S1).

Pode-se inferir, então, que ela teve ação no sentido de buscar ajuda profissional para dar suporte a família neste processo. Inclusive, durante a entrevista ela evidencia que o suporte psicológico acrescido do apoio familiar e social foi de suma importância para sua aceitação e provável elaboração do luto:

“Eu acho que ajudou muito, que faz você enxergar com um outro ponto de vista também, né, muita coisa e... saber que você não está sozinha, que não está abandonada...Então a psicóloga me ajudou a ver este lado e mais o apoio da família também, né, dos amigos ajudou muito[...]Foi isto que me fez superar... os amigos, a família que se uniu daí, né...E também falar... isto foi até um conselho da psicóloga, né que era para a gente conversar, falar, lembrar...”(S1)

Neste sentido, Pincus (1989) afirma que a rede de apoio é essencial para que a pessoa que sofre a perda seja capaz de expressar os sentimentos e também auxiliá-la na aceitação e compreensão desses sentimentos.

De acordo com Bowlby (1998), na última fase do luto, é esperado reorganização, ocorrendo, ainda, uma instabilidade nos relacionamentos sociais. Mas é possível reatar antigos laços e fazer novas amizades, sendo provável fazer reajustes sociais. Esses reajustes também foram vividos por S1, como ações de superação, o qual, o suporte da família e dos amigos, tiveram influência no sentido de ela começar a sair:

“Comecei a sair, tive que seguir, né, meu rumo...e fui indo fui me entrosando, aí sai com uma amiga, junto com a D., fui saindo, não ficava com ninguém, mas saía!”(S1).

Inferese neste ponto, que o “sair” nesta fala de S1, aponta para novas possibilidades, tanto em abrir sua rede social, como uma abertura para futuros relacionamentos amorosos, principalmente pelo fato de “não ficar com ninguém” ser pontuado por ela, no passado.

Nesta perspectiva, Pincus (1989) ressalta que o avanço da tecnologia, no qual se pode contar com internet e telefone a qualquer momento, auxiliando na interação das pessoas. A modernidade também mudou a visão das pessoas em relação às viúvas, que hoje podem freqüentar, sem constrangimento, casas noturnas, ou grupos de apoio que podem auxiliar novas redes sociais.

Já S2, não apresenta nenhum tipo de suporte, e suas ações ficaram ainda em torno do falecido. Exposto, neste relato, a busca pelo cônjuge, já analisado na segunda fase do processo de luto, através de Bowlby (1998), na subcategoria 4.3.1 “reação e emoções frente ao falecimento”:

“[...] ficava vendo fotos, eu tenho vídeos, é... tenho álbuns tenho fotos tudo, tenho...Gosto, gosto de ficar olhando, ameniza as saudades, mas ficar bem?! meio estranho ver ele na televisão, né, mas ameniza um pouco.”(S2)

Como visto anteriormente, na subcategoria 4.3.2 “relação com os filhos”, as ações de S2 estão sempre direcionadas ao filho do casal. Tanto que quando perguntado na entrevista sobre o que ela fez para superar o sofrimento, sua resposta foi:

“Não fiz nada. Mas vai acostumando com isto, né, vai se acostumando, vai se acostumando a conviver com isto... mas o vazio, aquele aperto fica para sempre, é isto que eu acho né.” (S2).

Sugerindo assim, nenhum tipo de ações para superação e apontando eternizar o vazio que sente pela da perda do cônjuge.

#### **4.3.4 Mudanças**

Nesta subcategoria, há uma diferenciação entre as entrevistadas. S1 aponta mudanças no sentido de reorganização familiar. Já S2 descreve mudanças, no sentido de uma procura por algo que ela nunca encontra, podendo estar intrínseco a ela. Portanto essa subcategoria será analisada de acordo com os conteúdos trazidos separadamente por S1 e S2.

No caso de S1, seus relatos apontam para sua nova função de administrar a família, agora sozinha, sem o cônjuge, como explicitada neste relato dando ênfase maior ao dizer que é tudo com ela:

“Eu tive que aprender a administrar tudo..antes a gente administrava juntos, eu tive que aprender sozinha, porque agora é tudo comigo [...] Como a parte financeira, é tudo comigo, eu que tenho que administrar tudo... ahmmm... tudo, em geral, é tudo comigo, escola para os meninos... roupa, calçados, tudo, tudo comigo.” (S1)

Vale ressaltar que, as mudanças começaram já no processo de adoecimento, quando ela relata que teve que aprender sozinha, referindo-se ao período de adoecimento. Pode-se então fazer uma referência de Kübler-Ross (1997) que reforça o equilíbrio familiar sendo imprescindível à promoção e remanejamento dos papéis e responsabilidades. Para que, as mudanças ocorridas no adoecimento, sejam reconhecidas e adotadas após a morte do cônjuge.

A morte concreta trouxe para S1, a realidade de um reajuste em todos os sentidos, inclusive a falta explícita do cônjuge dado na fala a seguir, onde ela cita inclusive ações advocatícias necessárias:

“Então eu assumi né, tem que assumir a casa, é eu que fui atrás do advogado pra fazer inventário, eu que tive que pagar o advogado (risos), ta tudo comigo, das decisões, esta tudo comigo, a criação dos filhos, né...”  
(S1)

Uma ressalva sobre o ponto da criação dos filhos, que também foi algo importante nas mudanças descritas por S1. Ela teve que assumir a função de mãe sozinha, tendo então uma ligação com a subcategoria 4.3.2 “relação com os filhos”, elaborada e analisada a partir do enfoque trazido pelas duas entrevistadas.

Podem-se relacionar os dados obtidos de S1 a partir da contribuição de Rolland (1998) que explica que a forma de lidar com a morte depende da organização familiar, podendo esta ser funcional ou desagregada. O grau de diferenças entre os familiares e a maneira que a morte ocorre são questões importantes neste contexto de mudanças.

Levando em conta, toda questão da união familiar já analisada, tendo caráter funcional e a pouca diferenciação, visto nas subcategorias 4.1.3 “identificação familiar” e 4.2.6 “despedida”, onde pode ser constatado que houve uma despedida e também aceitação, é possível afirmar que as mudanças de S1 tiveram um caráter de reorganização. Ela demonstra ter tido dificuldades, mas esta não comprometeu a reorganização familiar, também já analisada na subcategoria 4.3.1 “reações e emoções frente ao falecimento”.

Entretanto, todo conteúdo exposto por S2 aponta uma direção contrária. As mudanças apontadas por ela são referentes a mudanças de lugares, no qual ela vive em busca constante, na tentativa de fuga de seu sofrimento, onde, no final, ela não encontra o que tanto procura:

“Olha só quantas mudanças eu fiz depois disto, voltei para aquele outro apartamento lá em cima, não deu, voltei para casa de novo, daí, fiquei mais oito meses lá e não deu, fui para aquele apartamento novo, fiquei mais ou menos isto lá também e não deu, fui para Florianópolis, foi mais 1 ano lá, também não era aquilo, fui para a praia, fiquei oito meses na praia,... vou e venho de um canto pro outro, só que eu não me acho..” (S2)

Neste caso, também pode ser feito uma relação com as categorias analisadas anteriormente, no qual ela não demonstrou ter percorrido o processo de luto, apontado pelos autores do referencial teórico desta pesquisa, de forma normal e esperada.

“Acabo sentindo tudo a mesma coisa, não é o lugar que muda, né, eu que tenho que mudar. Até tinha falado isto para a minha psicóloga ela disse que eu não tinha elaborado o luto ainda, que eu tenho fugido, enfim que eu continuo fugindo, eu não tenho vontade assim... todos os sábados me divertir, mas é aquilo, né, eu não sei nem te explicar como é que é”.(S2)

Worden (apud BROMBERG 2000) afirma que aceitar a realidade da perda é o primeiro passo para a elaboração do luto, sugerindo que a pessoa não pode lidar com o impacto emocional da perda enquanto não aceitar esse fato. Mas, neste último relato, é possível identificar que S2 está começando a se dar conta de que as mudanças que ela percorreu todo esse tempo foram em vão, já que ela afirma que é ela quem necessita de mudanças. Esse indício de conscientização pode ser um primeiro passo para que S2 comece mudar suas ações em prol a uma reestruturação de vida saudável e dentro de um tempo ela consiga elaborar o luto da perda do cônjuge.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo principal compreender a maneira que a mulher vivencia o processo de luto decorrente do adoecimento e morte do cônjuge. O perfil da amostra utilizada compreendeu duas mulheres, com idades respectivamente de quarenta e cinco e quarenta e nove anos. Elas perderam seus cônjuges por morte de adoecimento, a primeira há dois anos e a segunda há oito anos. O presente estudo revelou que a morte do cônjuge envolve sentimentos intensos, que emergem no momento do diagnóstico e passam por diversos fatores emocionais no decorrer do processo de adoecimento e morte do cônjuge. Ressalta-se ainda que houve diferenças significativas de uma amostra para outra.

Quanto ao primeiro objetivo específico, descrever a relação conjugal antes do adoecimento do cônjuge, o que se pode constatar foi que houve mudanças consideráveis na relação conjugal depois do adoecimento, mas que de um modo geral foram administradas e assim, sobressaíram os aspectos positivos da relação. Um aspecto a considerar, porém, é que não é possível afirmar a fidedignidade das respostas com relação aos sentimentos na relação conjugal, pois acredita-se que na falta de um dos cônjuges, essa questão pode apresentar interferências emocionais que alteram, dependendo do caso, a percepção sobre os aspectos negativos e positivos do relacionamento. Foi possível, contudo, perceber um contexto de união familiar e o quanto isso foi determinante no processo de luto. Pode-se então afirmar que foi atingido o objetivo, no sentido de oferecer maior compreensão da influência deste contexto para o do luto.

O processo de adoecimento investigado apontou algumas fases descritas no referencial teórico, as quais os autores denominam de “fases do luto” e que ocorrem após a morte do cônjuge. Nesta amostra, no entanto, estas fases foram evidenciadas ainda durante o processo de adoecimento, sugerindo a perda antecipada vivenciada desde o momento do diagnóstico. Observou-se com isso, uma correlação entre as fases do luto e o processo de adoecimento, sendo possível afirmar que apesar das fases sugerirem uma seqüência temporal, elas não foram vivenciadas pelas entrevistadas dentro de uma seqüência cronológica. Na verdade, o sentimento de choque foi vivenciado em um primeiro momento, dando início ao

processo de luto antecipatório seguido do sentimento de impotência, o qual provocou também sentimentos de raiva.

Foi possível compreender que no período da internação, houveram mudanças acentuadas nos papéis familiares e principalmente na relação conjugal, no qual os cuidados excessivos com o cônjuge e os fatores emocionais deste processo suscitaram doenças somáticas, as quais uma das entrevistadas ainda hoje apresenta sintomas, e com isso detém-se um dos sinalizadores de luto patológico.

É importante ressaltar também, que a possibilidade de despedida, quando dado um prognóstico terminal, é um dos fatores a ser levado em consideração no processo de adoecimento, já que pode sinalizar a aceitação ou não da perda. Este fato foi evidenciado por uma das entrevistadas, o que apontou, já neste momento, um primeiro sinal de aceitação da morte do cônjuge. Por outro lado, a segunda entrevistada não aceitou a despedida, já indicando dificuldades de uma elaboração de luto saudável.

Em relação ao processo de luto vivenciado depois da morte do cônjuge, foi possível relacionar as quatro fases do processo de luto apontadas no referencial teórico, porém algumas características apresentadas pelos autores não se fizeram presentes depois da morte do cônjuge, mas sim no adoecimento, sendo então pertinente afirmar o luto antecipatório. E do mesmo modo, que essas fases não foram vivenciadas cronologicamente, elas se intercalaram e se interpuseram umas às outras, evidenciando que essas fases não são fechadas e não possuem um tempo determinado de duração.

Houve também, uma diferença significativa entre as entrevistadas. Algumas destas desigualdades foram percebidas no processo de adoecimento, mas ficaram ainda mais expressivas depois da morte, principalmente no que tange ao processo de elaboração do luto. Sendo possível afirmar que as reações percebidas durante a fase de adoecimento tiveram grande influência em todo processo de luto. As dessemelhanças vivenciadas no caminho percorrido de cada uma das entrevistadas foram determinantes na elaboração ou na não elaboração do luto específicos de cada uma.

Portanto, foi possível compreender que a mulher vivencia esse processo passando por várias fases, nas quais a conjectura familiar, os suportes emocionais, e a modo que cada pessoa enfrenta a perda, são fatores determinantes no decorrer do seu processo de luto.

É importante mencionar, que houve limitações para realizar esta pesquisa no âmbito da falta de diversidade de referencial teórico, embora tenha-se encontrado excesso de material, muitos apresentaram as mesmas idéias e conceitos, se tornando inclusive repetitivos e assim, não provocaram maiores possibilidades de discussão referencial, comparado ao conteúdo exposto pelas participantes da pesquisa. Encontra-se aberto, portanto, o caminho para o aprofundamento das questões levantadas nas entrevistas, talvez para um estudo mais longo e com mais questões analisadas de modo específico.

Por fim, ratifica-se a importância de novas pesquisas a serem realizadas neste âmbito, como as diferenças entre morte súbita e morte esperada no processo de luto, para que possam ser repensadas inclusive possibilidades da existência de outras fases do luto, especialmente de acordo com o tipo de perda. Além disso, um estudo aprofundado do auxílio psicológico no processo de adoecimento vivenciado pela esposa do paciente terminal, para que se exponha o amplo valor da psicologia no contexto hospitalar frente ao processo de perda do cônjuge.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BOWLBY, J. **Perda: Tristeza e depressão**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOWLBY, J. Formação e rompimento de laços afetivos / John Bowlby; tradução Álvaro Cabral; revisão da tradução Luis Lorenzo Rivera, 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

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

BROMBERG, M. H. P. F; KOVÁCS, M.J. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2002.

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. XIV, p. 271-291.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1991.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo demográfico nacional**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>>. Acesso em: 25 Abr. 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Registro civil nacional**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Registro\\_Civil/2006/Obitos.zip](ftp://ftp.ibge.gov.br/Registro_Civil/2006/Obitos.zip)>. Acesso em: 25 Abr. 2008.

JANN, I.; BROMBERG, M. H. P. F.; Pontifca Universidade Católica de São Paulo (orientadora). **Enfrentando o Morrer: a experiência de luto (a) do paciente com câncer avançado e de seus familiares**. 1998. 179f. Dissertação (mestrado em psicologia clínica) - Pontifca Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

KÜBLER – ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MENDES, P. B. M. T. Quem é o cuidador?. In: DIAS, E. L. P.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. (Org.). **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar.** 2. ed. São Paulo: Editora da UNICAMP, p. 19-33, 2005.

NOVAES, M. H. N. **A redescoberta do eu na perda.** Rio de Janeiro: C3Studio, 1998.

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

PINCUS, L. **A Família e a Morte: como enfrentar o luto.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

ROLLAND, J. S. Ajudando as famílias com perdas antecipadas. In: WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na Família: Sobrevivendo às perdas.** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 166-186, 1998.

VIORST, J. **Perdas Necessárias.** 13º ed. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

-Investigação da relação conjugal antes do adoecimento:

1. Quantos anos de casamento até a morte do seu esposo?
2. Quantos anos vocês tinham quando casaram?
3. Tiveram filho?Quantos?
4. Como você sentia-se no casamento antes do adoecimento?
5. Descreva a rotina do casal?
6. Como era o cotidiano da família?

-Investigação do Processo de adoecimento:

7. Como foi feita a descoberta da doença?
8. Qual foi a sua reação com a notícia do diagnóstico?
9. Você sentiu ameaça de perder seu esposo com a notícia do diagnóstico?
10. Qual foi o seu papel nos cuidados do seu esposo?
11. Como você descreve o processo de adoecimento do seu esposo?
12. Quanto tempo ele permaneceu vivo depois do diagnóstico?

-Investigação do Processo de luto:

13. Como foi dada a notícia de morte?
14. Você estava presente no momento da notícia? Despediu-se do seu esposo?
15. O que você sentiu quando recebeu a notícia?
16. Quais foram os rituais de luto da família?
17. Como você se sentiu nos primeiros meses após a morte?E depois do primeiro ano?
18. Como está sua saúde?
19. O que você fez ou tem feito para superar o sofrimento?
- 20.Você hoje assumiu novas responsabilidades? O que mudou na sua vida?  
Gostaria de acrescentar algo que não foi perguntado?

**ANEXOS**



**ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa cujo tema é “A mulher e o luto: A vivência da mulher decorrente do adoecimento e morte do cônjuge”. Estou ciente de que a pesquisa será realizada obedecendo aos seguintes critérios:

- a- O tempo de realização das entrevistas será de 50 a 60 minutos;
- b- O horário para a realização das entrevistas, será combinado com os participantes, considerando a disponibilidade dos mesmos e será agendada pelo próprio pesquisador com antecedência;
- c- Para o armazenamento das informações, a entrevista será gravada com a permissão do participante e posteriormente transcritas para que se possa garantir o registro de todas as falas do paciente. Para o tratamento e análise das falas, serão feitos, após a realização das entrevistas, quadros com os questionamentos dela surgidos. A análise de conteúdo será feita através da descrição das falas do paciente, com o intuito de concluir o conhecimento produzido;
- d- A pesquisa será realizada na residência da participante, onde a pesquisadora fará a locomoção necessária visando a comodidade do participante.
- e- Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão o guia da entrevista semi-estruturada, previamente elaborado e o gravador de voz;
- f- Pelo fato de a pesquisa acontecer na residência da participante, a pesquisadora estará vestida de acordo com a ocasião, respeitando a ética profissional.

Os riscos e desconfortos apresentados pela pesquisa são mínimos, porém no caso de haver desconforto emocional durante a entrevista, terei direito a interromper a entrevista e receber atendimento psicológico.

Estarei contribuindo para a produção de conhecimento científico sobre a vivência de mulheres no processo de luto decorrente do adoecimento e morte do cônjuge. Este

conhecimento poderá ser útil na atuação de profissionais psicólogos e o restante da equipe de saúde responsável por este perfil de pacientes da área da saúde.

Estou ciente que durante os procedimentos práticos deste estudo serei acompanhado pela pesquisadora.

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as medições dos experimentos / procedimentos de tratamento serão feitas em mim. E que poderei ter acesso às informações da pesquisa a qualquer momento.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**PESSOAS PARA CONTATO:**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**  
Mauricio Maliska

**ALUNA RESPONSÁVEL:**  
Robenise de Mello

**NÚMERO DO TELEFONE:**  
(48) 32791000

**NÚMERO DO TELEFONE:**  
(48) 84042537

**ANEXO B – Termo de Consentimento para Gravações de Voz****UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES DE VOZ**

Eu \_\_\_\_\_  
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha gravação de  
minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa  
possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou  
periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto  
quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações de voz ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores  
pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Equipe de pesquisadores:

Instituição de Ensino: Universidade do Sul de Santa Catarina – Fone: (48) 3279-  
1000

Professora: Mauricio Maliska - Fone: (48) 32791000

Aluna: Robenise de Mello - Fone: (48) 84042537

Data e Local onde será realizado o projeto:

Florianópolis, \_\_\_\_\_