

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Cristiane Corsini Prizanteli

Coração Partido:
o luto pela perda do cônjuge

Mestrado em Psicologia Clínica

SÃO PAULO
2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Cristiane Corsini Prizanteli

Coração Partido:
o luto pela perda do cônjuge

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco.

SÃO PAULO
2008

Prizanteli, Cristiane

Coração Partido: o luto pela perda do cônjuge.
123 p.

Tese (mestrado). São Paulo. 2008. Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo.

“Broken Heart: grief due to the loss of a spouse”.

Luto; cônjuge; viuvez; saúde; sintomas cardíacos;
Coração Partido.

Comissão Julgadora

Sempre no meu coração
Perto ou longe estarás
E ao ouvir esta canção
Sei que jamais me esquecerás

Sempre no meu coração
Na alegria ou na dor
Lembrarei com emoção
Que um dia tive o teu amor

Sempre no meu coração
O teu nome guardarei
E na minha solidão
Em minhas preces rezarei

E se nunca mais voltares
Pra ter fim os meus pesares
Guardarei teu vulto então
Sempre no meu coração.

*(Always in my heart, de Ernesto
Lecuona, versão de Mário Mendes)*

Dedico este trabalho à minha querida e amada avozinha,
que me ensinou a olhar a vida de forma amorosa.
Tenho muita gratidão e carinho pela senhora. (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me iluminado a cada dia.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco, pela paciência e compreensão, acompanhando-me nesse longo trajeto. Agradeço pela pessoa encantadora que é, mostrando e me ensinando o que é uma pesquisa. Minha eterna gratidão!

À Profa. Dra. Sandra Regina Borges dos Santos, pelos conselhos oferecidos no momento da qualificação, contribuindo muito para a elaboração deste trabalho.

À Profa. Dra. Ana Laura Schliemann, pela colaboração e disponibilidade no momento da qualificação, enriquecendo sobremaneira esta pesquisa.

Ao meu querido pai, Gésio, pelo apoio e tanto sacrifício, sem você não poderia ter trilhado esse caminho, por acreditar no meu sonho e fazer deste uma realidade. Agradeço esta conquista com a mais profunda admiração, respeito e amor.

À minha mãe, Carmen, pelos ensinamentos durante toda a minha vida.

Ao meu querido irmão Juninho, que sempre esteve presente, incentivando, dando força e coragem, para que eu fosse sempre em frente, com muito amor.

Ao meu irmão Rodrigo, que torce pela minha vitória.

Aos meus queridos tios, Beginho e Nenê, pelo carinho de estar comigo em todos os momentos.

Ao meu querido Adriano Pinhas, por tudo que me ajudou e por compartilhar momentos tão importantes desta caminhada, que vão me acompanhar enquanto eu viver. Obrigada pelas lições de vida e por me fazer uma pessoa melhor.

À minha grande amiga, Cristiana Quirino, de todas as horas, pelos aconselhamentos e pelo carinho de ficar ao meu lado nos momentos mais difíceis. Meu eterno agradecimento por ter abdicado de tantas coisas, amparando-me sempre.

À minha eterna inspiradora e grande amiga, Sonia Casarin, por todos os ensinamentos, pelo desvelo de estar comigo, ajudando-me a seguir em frente naqueles momentos em que a vontade era desistir.

À minha querida amiga, Sandra Borges, pela qual tenho imensa admiração e carinho. Obrigada pela força que me deu a cada dia. Serei grata por toda a vida.

Às minhas amigas Adriana, Aline e Karina, por tantos conselhos durante a minha caminhada, acolhendo-me em vários momentos.

Ao Dr. José Washington dos Santos Júnior, pessoa maravilhosa e talentosa, que me ajudou a encontrar o caminho do mestrado.

À Dona Valdélia, que me apoiou e ensinou a lidar com as dificuldades quando estava longe de casa.

Aos meus colegas do Mestrado, pelas longas conversas esclarecedoras e acolhedoras.

A Marcos Alves, pela paciência e gentileza na finalização deste trabalho.

À participante deste trabalho, pela imprescindível e valiosa colaboração e total disponibilidade.

RESUMO

A perda por morte é considerada situação de crise e a morte do cônjuge uma das perdas mais significativas da vida. Há aumento no risco de mortalidade em pacientes enlutados, quando comparados a indivíduos não enlutados, além de aumento na utilização dos serviços de saúde. Tem-se investigado variáveis individuais e/ou situacionais que expliquem por que proporção significativa de pessoas enlutadas pela perda do cônjuge têm a saúde afetada. O estresse parece estar associado a um tipo de cardiopatia denominado Síndrome do Coração Partido. Essa Síndrome pode ser considerada como metáfora que tem precedência imediata após um episódio de estresse físico ou psicológico intenso, que pode propiciar ao indivíduo reação semelhante à de um ataque cardíaco. O objetivo do estudo foi compreender o processo do luto por viuvez com apresentação de sintomas cardíacos sem causa orgânica. A pesquisa foi realizada um ano e cinco meses após a morte do cônjuge. Os resultados indicaram que a viúva mostrou dor psicológica intensa, desencadeando sintomas cardíacos caracterizados como Síndrome do Coração Partido. O sofrimento psicológico intenso leva à dor no peito que se assemelha a ataque cardíaco. A participante relata não ter encontrado acolhimento nos profissionais de saúde com relação à sua dor psíquica. Além disso, foi possível observar que a perda trouxe desdobramentos que aparecem em todo o grupo familiar.

Palavras chave: luto, cônjuge, viuvez, saúde, sintomas cardíacos, Coração Partido.

ABSTRACT

Loss resulting from death is a critical situation, and the death of a spouse often represents one of the greatest losses in life. There is an increased risk of mortality among patients in grief, when compared to those not thrown into mourning, besides an increased use of health services. There have been investigations on individual and/or situational variables which might explain why a significant proportion of people in grief resulting from the death of a spouse have their health affected. Stress seems to be associated to a kind of cardiopathy called Broken Heart Syndrome. Such Syndrome may be considered as metaphor, which take place immediately after a severe physical or psychological stressful episode, to which an individual responds much the same way as to a heart attack. The aim of the present study was to figure out how mourning affected widowhood with presentation cardiac symptoms without physical causes. The study was conducted one year and five months after the death of her spouse. Our results indicated that the widow sustained severe psychological pain, which triggered the cardiac symptoms characterized as the Broken Heart Syndrome. Such severe psychological suffering leads to chest pain that is similar to a heart attack. The subject reported that her health care professionals did not sympathize with her psychological suffering. Furthermore, it was clear that the loss brought about consequences that can be seen in the whole family.

Key words: Grief, spouse, widowhood, health, cardiac symptoms, Broken Heart.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. TEORIA DO APEGO	18
1.1. Apego adulto	25
2. PERDA	33
2.1 Apego e perda	33
2.2. Perda na vida adulta	39
2.3. Família e luto	47
2.4. Viuvez	51
2.5. Perda e saúde cardíaca	58
2.6. Simbologia do coração	63
2.7. Síndrome do Coração Partido	65
3. OBJETIVO	73
4. MÉTODO	75
4.1 Considerações éticas	75
4.2 Pesquisa qualitativa	76
4.3 Participante	76
4.4 Procedimento de coleta de dados	78
4.5 Análise dos dados	79
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	82
Luto	82
Saúde	89
Família	90
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	109
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
Anexo B - Ficha de informação do entrevistado	110
Anexo C - Entrevista	111

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O interesse para investigar o processo do luto na viuvez quando o enlutado apresenta sintomas cardíacos sem causa orgânica surgiu por meio de observações clínicas e da leitura de estudos clássicos. Os estudos de Parkes (1998) e de Stroebe e Stroebe (1987) sobre o luto me chamaram a atenção, especificamente, por suas pesquisas a respeito de viúvos e viúvas, e de como a saúde cardíaca dessa população era afetada no enlutamento.

Além disso, o fato de as pessoas serem tão apegadas e muitas vezes adoecerem física e psicologicamente, ou até mesmo não sobreviverem diante da morte de um ente querido, trazendo repercussões emocionais e fisiológicas me despertou o interesse para conhecer mais sobre o assunto.

A partir daí, passei a refletir sobre o processo de luto naqueles viúvos e viúvas que apresentavam sintomas cardíacos, o que é denominado Síndrome do Coração Partido. O coração é considerado como o centro da vida, a sede das emoções, símbolo do amor, tanto na cultura ocidental como oriental, desde o início da história da humanidade. Além do amor e das emoções, o coração também simboliza a alma e o centro da consciência (RAMOS, 1990).

A Síndrome do Coração Partido pode ser considerada metáfora para expressar a dor psicológica das emoções desencadeadas, após um estresse psicológico intenso, que pode estar relacionado com a perda de um ente querido ou de um amigo, a separação, dentre outras causas. Essa Síndrome pode ser diagnosticada erroneamente pelos clínicos como infarto agudo do miocárdio, pois produz sintomas similares ao infarto, incluindo dor no peito, falta de ar, fluido nos pulmões e falha cardíaca. Uma das diferenças marcantes é que, na Síndrome do Coração Partido, há melhora em poucos dias nos batimentos cardíacos e ocorre recuperação completa do órgão em aproximadamente duas semanas.

Em contraste, após infarto do miocárdio, a recuperação pode levar semanas ou meses e, em geral, o dano no músculo cardíaco é permanente (WITTSTEIN, 2005).

Por outro lado, quando o paciente enlutado é diagnosticado como tendo doença cardíaca, não é possível afirmar se o luto pode provocar essa doença ou agravar um estado pré-existente. Pode ser que os viúvos ou viúvas tenham vida mais nociva em relação à saúde se comparados com indivíduos casados da mesma idade como, por exemplo: ter hábitos alimentares prejudiciais, fumar e beber mais e ficar com nível de estresse mais acentuado (PARKES, 1998).

Com relação à minha experiência clínica, alguns viúvos e viúvas, que atendi, demonstraram insatisfação com os profissionais de saúde, especificamente com os médicos que os atenderam; alguns enlutados relataram que buscavam nas consultas médicas aliviar a sua dor, encontrar conforto no seu sofrimento, e verificar se estavam com alguma doença, já que apresentavam sintomas físicos. Porém, não se sentiam acolhidos durante os atendimentos médicos, apresentando ou não sintomas físicos.

Há número considerável de indivíduos enlutados que buscam ajuda profissional durante os meses seguintes à morte do cônjuge, e relatam declínio na saúde, ainda, freqüentemente, apresentam os mesmos sintomas demonstrados pelo cônjuge (PARKES, *idem*; KHIN; SUNDERLAND, 2000). Apesar da freqüência com que esses profissionais se deparam com pacientes enlutados, seu treinamento oferece pouca orientação no cuidado após a perda. Em geral, os médicos não conseguem distinguir as reações do luto normal e do luto complicado nos pacientes enlutados e apresentam dificuldades no manejo dos seus cuidados com relação à saúde (PRIGERSON; JACOBS, 2001).

Em alguns casos, a perda pode levar ao processo de enlutamento prolongado, à depressão ou colapso e à incapacidade do enlutado para retomar à própria vida (PINCUS, 1974-1989). Desse modo, o enlutamento não está associado somente ao sofrimento

intenso por um período prolongado de tempo, mas também ao risco ampliado de sucumbir para uma variedade de doenças e queixas psicológicas e físicas.

As taxas de depressão são maiores para viúvos do que para não viúvos, acarretando maior incidência de visitas a consultórios médicos e elevando as taxas de doenças físicas das pessoas enlutadas. Nesse sentido, o conhecimento dos efeitos do luto pode ajudar os profissionais nos seus atendimentos com as pessoas enlutadas, encaminhando-as, se necessário, para um profissional especializado em luto.

Neste trabalho, o luto é compreendido como reação normal à perda por morte, devido ao rompimento de uma relação significativa. De acordo com Bromberg (1996), “só existe luto quando tiver existido um vínculo que tenha sido rompido”, (p. 101). Desse modo, quanto maior o vínculo, maior a dor do rompimento, do desligamento, da separação, seja ela entre vivos ou com alguém que já morreu (BROMBERG, *idem*; BOWLBY, 1973-2004).

Os recursos que o indivíduo vai encontrar para elaborar o luto vão depender da qualidade do vínculo que foi estabelecido com as figuras de apego primárias do indivíduo que, por sua vez, também vai determinar os vínculos futuros e os recursos disponíveis para o enfrentamento e a elaboração de rompimentos e perdas (FRANCO, 2002; BOWLBY, *idem*).

Na idade adulta, entretanto, as figuras de apego também vão exercer papel importante para o indivíduo e podem abranger os pais, os amigos e as relações amorosas. O relacionamento afetivo, por exemplo, é vivenciado de diversas formas, dependendo da história de apego de cada indivíduo e a maneira como cada casal se vincula pode influenciar consideravelmente o enfrentamento das perdas. Assim, o relacionamento de apego continua tendo papel crucial ao longo do ciclo vital (HAZAN; SHAVER, 1987).

O vínculo estabelecido na tenra idade reflete de forma direta no decorrer da vida,

servindo de base para o desenvolvimento emocional do indivíduo, inclusive no que tange ao modo que este irá vivenciar as diversas perdas.

O sistema familiar do enlutado também pode exercer influência sobre o processo de luto. A morte exige reestruturação e readaptação das relações sociais e familiares na tentativa de superar os desafios adaptativos comuns (WALSH; McGOLDRICK, 1998). Nesse sentido, a perda desencadeia uma crise familiar que vem da necessidade de continuar exercendo os papéis sociais, anteriormente estabelecidos, com a sobrecarga do luto dos demais membros da família (BROMBERG, 1996).

No presente estudo, investigou-se o processo de luto em uma viúva que apresentou sintomas cardíacos, sem a presença de causa orgânica, no período de um ano e cinco meses após a perda do cônjuge. Esse período de tempo se justifica porque a pessoa está vivenciando, além das datas comemorativas, a ausência do parceiro em todo o espaço que ele ocupava. O referencial teórico que fundamenta esse trabalho é a Teoria do Apego.

A literatura do tema tem relevância social na medida em que o luto pode atingir proporções significativas na vida do enlutado, causando ou agravando problemas psicológicos, psiquiátricos e físicos, como se verá na parte teórica deste trabalho, dada a importância de se conhecer os aspectos psicológicos da viuvez, pois se a pessoa enlutada fosse compreendida em seu sofrimento emocional talvez não recorresse tanto a profissionais médicos.

O primeiro capítulo deste trabalho abrange a teoria do apego. A seguir, essa teoria é relacionada à perda e, especificamente a perda do cônjuge ou parceiro, tendo em vista que o apego, inicialmente, é voltado para o cuidador, ampliando-se no decorrer do ciclo vital para outras figuras de vinculação. Esse capítulo abrange apego e perda, perda na vida adulta, família e luto, e viuvez. Dentro desse espectro é discutida a perda e a

saúde cardíaca, a simbologia do coração e a Síndrome do Coração Partido.

Nas considerações éticas os detalhes do procedimento ético foram mencionados de modo que os cuidados referentes à participante ficassem explícitos, além de serem colocados minuciosamente os procedimentos que foram adotados para preservar à participante de danos emocionais.

Capítulo 1

TEORIA DO APEGO

Capítulo 1

TEORIA DO APEGO

CAPÍTULO 1 - TEORIA DO APEGO

Acumulam-se evidências de que seres humanos de todas as idades são mais felizes e mais capazes de desenvolver melhor seus talentos quando estão seguros de que, por trás deles, existem uma ou mais pessoas que virão em sua ajuda caso surjam dificuldades.

BOWLBY, 1982-2006, p. 139

O interesse de John Bowlby, psiquiatra e psicanalista, sobre os vínculos humanos começou no final da década de 1950 e teve início marcado por pesquisa sobre as origens do desenvolvimento psicopatológico, na infância e na vida adulta, realizada por ele na Clínica Tavistock (Inglaterra). Esse estudo representou rompimento com a psicanálise, pois sua hipótese contrariou os princípios de que o vínculo da criança com sua mãe é movido pela busca da satisfação de um desejo (BOWLBY, 1973-2004).

O autor postulou que o vínculo é mediado por um sistema comportamental com função biológica, a fim de regular os comportamentos de busca por proximidade e manutenção de contato da criança com a figura de apego que venha fornecer segurança física e psicológica, presente durante todo o ciclo vital (BOWLBY, 1969-2002; BOWLBY, *idem*; PARKES, 2006).

Desse modo, todas as formas de comportamento de apego tendem a ser dirigidas para um determinado espaço, no caso, para a figura de apego. No primeiro ano de vida, o apego é mediado por diversos tipos de comportamento, como chorar e sorrir, o que permite a aproximação da mãe ao bebê, mantendo-o junto dela. Há também o comportamento de seguir e agarrar-se com o efeito de levar o bebê até a mãe e retê-lo junto dela, preservando a proximidade e restaurando a segurança. A sucção tem função mais complexa: visa promover a ingestão de alimentos e muito precocemente sofre alterações decorrentes do desenvolvimento do bebê. Outro comportamento importante

é o de chamar, a qualquer momento, após os quatro meses, o bebê clamará por sua mãe com apelos breves e agudos e, mais tarde, gritando o seu nome. Desde os primórdios do desenvolvimento, cada um desses comportamentos permite à proximidade com a mãe (BOWLBY, 1969-2002; ABREU, 2005).

O padrão das relações familiares experimentados por uma pessoa, durante sua infância, terá importância decisiva para o desenvolvimento de sua personalidade, tendo em vista que cada indivíduo vai interpretar a situação à sua maneira, construindo os significados de ter sido ou não amado, ter sido ou não apoiado. O comportamento de apego estuda as possíveis influências adversas no desenvolvimento da personalidade atribuídos à falta de cuidados maternos na primeira infância (BOWLBY, *idem*; ABREU, *idem*; DALBEM; DELL'AGLIO, 2005).

A presença ou a ausência de uma figura de apego pode determinar a maneira pela qual uma pessoa irá responder às situações de sua vida futura. Pessoas com apoio e segurança em períodos de desenvolvimento terão mais possibilidades de se tornarem adultos seguros e autoconfiantes refletindo em relações afetivas mais saudáveis (BOWLBY, 1982- 2006; ABREU, *idem*).

O comportamento de apego apresenta três características que são distintas de outros vínculos relacionais (WEISS, 1991):

1. busca de proximidade com a sua figura de apego, podendo tolerar afastamentos temporários;
2. estabelecimento de base segura favorecendo a segurança para a criança;
3. reação de protesto pela separação ou perda e conseqüente busca de recuperação da figura de apego.

Assim, não há comportamento acompanhado por sentimento mais forte do que o comportamento de apego. As figuras para as quais esse comportamento é dirigido são

amadas e a chegada delas é recebida com alegria. Quando a criança está na presença incontestada da sua figura de apego, sente-se segura, tranqüila e disposta a realizar explorações; na ausência dela, mostra-se muito mais tímida e, em geral, entrega-se a profunda aflição (BOWLBY, 1982-2006).

Na criança, o comportamento de apego pode ser considerado como traço dominante em sua vida. Durante o período da adolescência e na vida adulta, ocorrem mudanças das pessoas centrais para quem o apego é dirigido: o comportamento de apego pode ser direcionado para outros adultos tendo importância igual ou maior do que a dos pais, e a atração sexual por indivíduos da mesma idade começa a aparecer. A grande maioria mantém o apego aos pais, especialmente das meninas para com as mães, mas os vínculos com outras pessoas assumem maior importância (BOWLBY, *idem*).

Dessa maneira, a partir da adolescência, parcela do comportamento de apego passa a se voltar para indivíduos fora da família, dirigindo-se a colegas, professores, atividades sociais e esportivas. Isso pode significar também a ligação com grupos e instituições como: escolas, grupos de trabalho religiosos ou políticos (ABREU, 2005).

Esses vínculos primários com pais e figuras de apego secundárias permitem a formação de modelo operativo interno ou representações internas de si mesmo. Posteriormente, esse modelo internalizado permite à criança, quando o sentimento é de segurança em relação aos cuidadores, acreditar em si própria, tornar-se independente e ser capaz de aceitar ajuda, caso surjam dificuldades. Desse modo, cada indivíduo forma um projeto interno a partir das primeiras experiências com as figuras de apego, sendo considerada a base para todos os relacionamentos íntimos futuros (BOWLBY, 1989; BOWLBY, 1969-2002; BOWLBY, *idem*).

Como afirma Bowlby (1969-2002), o comportamento de apego na vida adulta é continuação direta do apego na infância e isso é demonstrado pela forma como, no

adulto, as mesmas respostas reaparecem quando se vêem expostos a perigos, desastres, doenças. Essas situações promovem recrudescimento do comportamento de apego e da busca por pessoas conhecidas, confiáveis e acolhedoras.

Bowlby (1982-2006) enfatiza sete características para o comportamento de apego, como mostrado a seguir.

1. Especificidade: o comportamento de apego é dirigido para um ou mais indivíduos específicos, em ordem de preferência.

2. Duração: o apego persiste, geralmente, por grande parte do ciclo vital.

3. Envolvimento emocional: muitas das emoções mais intensas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação de relações de apego.

4. Ontogenia: o comportamento de apego desenvolve-se durante os primeiros nove meses de vida na maioria dos bebês humanos, e mantém-se ativo até o final do terceiro ano de vida, no desenvolvimento saudável torna-se cada vez menos ativado.

5. Aprendizagem: as recompensas e punições desempenham apenas papel secundário. De fato, o apego pode se desenvolver apesar de repetidas punições pela figura de apego.

6. Organização: inicialmente, o comportamento de apego é organizado de forma bastante simples. A partir do final do primeiro ano, passa a ser mediado por sistemas comportamentais cada vez mais complexos. Entre as condições ativadoras estão o estranhamento, a fome, o cansaço e qualquer coisa que amedronta. As condições que desativam esses sistemas comportamentais incluem a visão ou som da figura materna e a interação com ela. Quando o comportamento de apego é fortemente despertado, o desativamento do apego poderá requerer o contato físico ou o agarramento à figura materna e/ou ser acariciado por ela.

7. Função biológica: o comportamento de apego ocorre em quase todas as

espécies de mamíferos e em certas espécies persiste durante toda a vida adulta.

O comportamento do cuidar pode ser considerado como complementar ao comportamento de apego e exerce função protetora para o indivíduo apegado. É geralmente manifestado por um dos pais ou outro adulto em relação à criança ou adolescente, mas o é também por um adulto em relação a outro, especialmente em momentos de doença, tensão ou velhice (BOWLBY, 1973-2004).

Ainsworth et al. (1978), desenvolveram o procedimento experimental denominado Situação Estranha, em que as reações da criança na interação com seu cuidador são observadas em um processo de separação e união. Esse estudo sobre o desenvolvimento socioemocional da criança, durante os primeiros anos de vida, evidenciou que o modelo de apego que um indivíduo desenvolve, durante a primeira infância, é profundamente influenciado pelo tipo de cuidado materno e pelos aspectos genéticos.

As respostas dos bebês, observadas no experimento supracitado, possibilitaram a classificação do apego nos seguintes padrões de comportamento:

- padrão seguro: corresponde ao relacionamento da mãe com a criança, constituindo base segura na qual a criança explora e conhece o ambiente, pois sabe que a figura de apego estará disponível. Isso significa que, no caso de situação adversa, ela se mostra confiante para obter cuidado e proteção das figuras de apego que agem com responsividade;

- padrão inseguro-evitativo: essas crianças mantêm distância do cuidador e não os procuram para obter conforto, pois possuem como experiência terem sido rejeitadas pela figura de apego;

- padrão ansioso-ambivalente: caracteriza-se por comportamentos alternados de busca de proximidade e de hostilidade na interação com a mãe. As crianças respondem com comportamentos ansiosos, tais como chorar e abraçar, pois não sabem se seu

cuidador estará disponível e tendem a apresentar ansiedade de separação, ou seja, ansiedade pela perda ou separação de alguém amado e se mostram ansiosas diante do mundo. É possível que essas crianças tenham sofrido algumas interrupções da assistência materna e que essa rejeição não tenha sido total, mas parcial e intermitente.

Como corrobora Abreu (2005), um anseio persistente de uma criança por sua mãe, em geral, vem acompanhado de hostilidade intensa e generalizada, devido à não aceitação da separação materna. Em geral, essa criança pode estabelecer relacionamentos superficiais e passageiros. A separação vivida pela criança pode manifestar-se pelo comportamento de desapego e até mesmo da experimentação concreta do luto, tendendo a aparecer tanto na fase da adolescência como na fase adulta.

Além disso, as ameaças de abandono não só geram intensa ansiedade como também podem causar raiva, freqüentemente, em crianças mais velhas e adolescentes. Essa raiva age como forma de dissuadir a figura de apego para continuar a ameaça (BOWLBY, 1989).

O comportamento de apego pode levar ao desenvolvimento de laços afetivos ou apego entre a criança e a mãe e, posteriormente, entre adultos, em se tratando de um desenvolvimento saudável. Quando o comportamento de apego segue padrões perturbados, o desenvolvimento da pessoa segue curso anormal que pode ocorrer em qualquer idade (BOWLBY, 1982-2006; BOWLBY, 1973-2004).

No caso de um desenvolvimento saudável, o comportamento de apego busca a construção de laços afetivos. Assim, a forma como o indivíduo vai estabelecer vínculos afetivos no decorrer da vida dependerá de como esse apego foi estabelecido nas etapas precedentes. Se o apego aos cuidadores foi determinado de modo seguro, contribuirá para a formação de relacionamentos seguros.

Nos indivíduos que apresentam apego ansioso, os eventos da vida atuam como

fatores de estresse e a morte de um ente querido pode levar a pessoa ao desespero e à angústia. Em geral, o luto se caracterizará por raiva intensa e/ou auto-recriminação, acompanhada de depressão, e permanecerá por tempo maior que o esperado (BOWLBY, 1982-2006).

Main e Solomon (1986, apud ABREU, 2005) descreveram novo padrão inseguro denominado desorganizado. Refere-se a crianças que, na Situação Estranha, apresentavam comportamento contraditório e/ou estratégias de enfrentamento incoerentes para lidarem com a situação de separação. Tais crianças vivenciavam conflito sem ter condições de lidar com a situação que as amedrontava. Esse padrão é associado a fatores de risco e maus-tratos infantis.

Deve-se levar em consideração que o comportamento de apego, manifestado pelo indivíduo, vai depender da sua idade atual, sexo e circunstâncias e, ainda, das experiências que a pessoa teve com as figuras de apego nos primeiros anos de sua vida. Como se pode ver, no caso de padrão seguro, a mãe fornece a base segura e a criança fará suas explorações retornando quando se cansar. No decorrer da vida, a pessoa pode seguir esse mesmo padrão de comportamento, afastando-se cada vez mais e por períodos cada vez maiores das pessoas que ama, retornando quando necessário (BOWLBY, *idem*).

Bowlby postulou a existência de um sistema comportamental inato que visa proteger os bebês do perigo e maximizar a exploração segura, regulando a proximidade do cuidador. De acordo com esse modelo de sistemas de controle, o bebê tem necessidade de proximidade do cuidador e é a discrepância entre a necessidade e a proximidade que ativa o sistema. Enfatizou que esses vários sistemas comportamentais inatos ajudam a assegurar que necessidades importantes sejam conhecidas e desenvolvam-se como resultado da premência da pessoa sobre o curso da evolução

humana (HAZAN; ZEIFMAN, 1994).

Desse modo, o sistema inato de comportamento tem como objetivo manter a criança próxima do cuidador e protegê-la durante os seus primeiros anos de vida. A experiência de apego da criança com seu cuidador primário é tão intensa que a criança desenvolve Modelos Operativos Internos de apego, representações mentais de si e do modo como os outros se relacionam com ela, que vão guiar suas expectativas e seu comportamento nos relacionamentos ao longo da vida e de como se posicionar no mundo frente aos relacionamentos afetivos. Esses modelos de relacionamento vão edificar a base de todas as relações que se desenvolvem ao longo da vida adulta. As respostas construídas na infância reaparecem quando o indivíduo se vê exposto a situações de risco nas diversas fases da vida.

Modelos Operativos Internos são construídos na infância e refletem as expectativas sobre si e sobre o relacionamento próximo com as pessoas. É a partir dessa base que se definem as amizades, o envolvimento amoroso.

Tendo em vista o estudo apresentado adotou-se a teoria do apego como sendo a base sedimentar dessa dissertação, haja vista a necessidade de compreensão da relação que existe entre o vínculo afetivo construído na infância entre a criança e seu cuidador e seu reflexo nos relacionamentos posteriores. A teoria apresentada esclarece a relação desses vínculos, possibilitando um maior entendimento do indivíduo na forma de vivenciar a perda na vida adulta. Dessa forma, o laço emocional formado entre as crianças e seus cuidadores é evidentemente fundamental para a sobrevivência da espécie e possui um caráter universal.

1.1 Apego adulto

Apesar de Bowlby (1973-2004), ter proposto inicialmente a Teoria do Apego para

explicar o vínculo existente entre as crianças e seus cuidadores, ele acreditava que o apego é importante ao longo do ciclo vital. Desse modo, o relacionamento de apego continua tendo papel fundamental na idade adulta.

De acordo com Hazan e Shaver (1987), o amor romântico é concebido como processo biossocial e de apego, visando investigar a possibilidade de que a teoria do apego primeiramente realizada com bebês ofereça perspectiva valorosa para o amor romântico adulto, inserindo-o num contexto evolucionário. Os vínculos afetivos são formados entre casais de forma semelhante aos vínculos formados entre os bebês e seus pais. O amor romântico é experienciado de diversas formas pelas pessoas, como decorrência das diferentes histórias de apego.

No estudo realizado por Hazan e Shaver (*idem*), foi aplicado um questionário que pretendia testar o impacto da qualidade do apego no amor romântico. Nesse questionário, as pessoas tinham que classificar quais dos estilos de apego: seguro, evitativo e ansioso/ambivalente mais se identificavam com cada uma delas na vida adulta e apontar os modelos mentais de si mesmo e da vida social. Havia 620 perguntas, sendo que 205 foram respondidas por homens e 415 por mulheres. Os resultados obtidos indicaram que 56% dos sujeitos classificaram-se como seguros, 25% como evitativos e 19% como ansiosos/ambivalentes. Do total de sujeitos, 21 pessoas não conseguiram responder à pergunta do questionário e 25 pessoas escolheram mais de uma alternativa.

A seguir, foi aplicado o mesmo questionário como exercício de classe para 108 universitários, sendo 38 homens e 70 mulheres, os quais estavam matriculados num curso intitulado Entendendo o conflito humano. Aproximadamente 3/4 dos estudantes eram calouros do primeiro ano, com idade média de 18 anos.

Os dois estudos de questionário, realizados por Hazan e Shaver (*idem*), demonstraram prevalência dos três estilos de apego adulto similares aos encontrados

na infância. Indicaram que a experiência de amar para as pessoas pertencentes aos três estilos de apego eram consistentes com as expectativas baseadas na teoria. Apontaram que o estilo de apego está relacionado aos modelos operacionais internos e de relacionamentos sociais, e que os relatos das experiências dos relacionamentos com os pais estavam significativamente associados ao padrão de relacionamento adulto dos indivíduos.

Os apegos adultos apresentam similaridades e diferenças com relação aos apegos da infância. Há duas diferenças fundamentais: a primeira é que o relacionamento de apego existente entre uma criança e seu cuidador caracteriza-se por via única, no qual o cuidador primariamente preenche as necessidades da criança. Enquanto nos relacionamentos adultos as necessidades são preenchidas por ambos os membros do casal, caracterizando-se como relacionamento mais recíproco. A segunda diferença é que no apego adulto, em geral, existe um componente sexual envolvido (HAZAN; SHAVER, 1987).

Com relação às semelhanças entre o relacionamento da criança com o seu cuidador e o relacionamento do adulto com um parceiro, pode-se verificar que ambos têm contato físico íntimo, sentem-se seguros quando o outro se mostra disponível e responsivo, apresentam preocupação mútua e sentem-se inseguros quando o outro não está acessível (HAZAN; SHAVER, *idem*).

Além disso, o amor romântico adulto envolve a integração de três sistemas comportamentais distintos: o sistema de apego, que ajuda a manter a proximidade com o cuidador; o sistema de prover carinho, que permite ao cuidador atender e responder as demandas da pessoa apegada e o sistema reprodutivo, que encoraja e permite a reprodução (HAZAN; SHAVER, *idem*).

De acordo com os pesquisadores da Teoria do Apego, as experiências da infância

são consideradas como influentes ao longo do ciclo vital, embora sejam ajustadas como resposta a experiências novas no decorrer da vida adulta. Entretanto, foi a partir dos trabalhos de Hazan e Shaver (1987), sobre o amor romântico adulto, que a perspectiva do apego nos relacionamentos adultos começou a ser estabelecida. Pesquisadores passaram a realizar estudos visando replicar e aperfeiçoar seus instrumentos e conceitos, relacionando a Teoria do Apego com os relacionamentos adultos.

O amor romântico adulto está intrinsecamente relacionado à Teoria do Apego, uma vez que os sistemas comportamentais que o integram compreendem a relação entre a pessoa do cuidador e o indivíduo a ser cuidado juntamente com todo o arcabouço que envolve o modo de relacionamento que o indivíduo terá com seu parceiro na vida adulta.

Nesse diapasão, pode-se afirmar que o amor romântico é desdobramento do que fora proposto na Teoria do Apego e conseqüentemente alicerce para o desenvolvimento do relacionamento adulto e dos processos de perda.

Pesquisas subseqüentes confirmaram a relação entre estilo de apego e vários aspectos da qualidade de relacionamentos românticos. O estudo de Feeney, Noller e Callan (1994) foi realizado para ampliar o trabalho sobre apego adulto, examinando as relações entre apego, comunicação e satisfação com o relacionamento durante os dois primeiros anos de casamento. Trinta e cinco casais foram avaliados em dois momentos, durante os dois primeiros anos do casamento, respondendo sobre medidas de apego, satisfação com o relacionamento e comunicação. Seis meses após o casamento, os cônjuges responderam relatos baseados em seu cotidiano sobre a qualidade de suas interações no período de uma semana.

Os resultados do estudo de Feeney, Noller e Callan (idem) destacaram a influência da Teoria do Apego para o entendimento da comunicação e da satisfação no relacionamento. Comprovaram que as variáveis, associadas com os relacionamentos

na infância, estavam intimamente ligadas aos estilos de apego dos relacionamentos adultos, exercendo influência direta sobre a satisfação do relacionamento, o que independe da comunicação do casal. Além disso, observaram que, em geral, as pessoas com estilo de apego seguro apresentam características positivas de relacionamento e possuem alta contagem no que se refere à autoconfiança e baixa contagem em relação ao amor neurótico e à evitação de intimidade.

Do ponto de vista da comunicação e satisfação no relacionamento adulto, os vínculos afetivos adquiridos na infância exercem um papel significativo na maneira como nos relacionamos. Porém, a comunicação do casal pode reconstruir esses estilos de apegos adquiridos, uma vez que há troca profunda de experiências, interesses e peculiaridades entre os indivíduos trazendo para esse relacionamento modelos diferentes dos vínculos adquiridos na infância.

Entende-se que a soma das experiências vivenciadas pelo casal contribuem no desenvolvimento do relacionamento e ainda que a comunicação pode favorecer a construção de novos vínculos afetivos.

Desse modo, Collins e Read (1994) destacaram que os indivíduos não entram em relacionamentos desprovidos de representações, eles trazem consigo uma rede de significados que moldam como constroem suas vidas e como acham sentido em suas experiências pessoais e interpessoais. As características do ambiente e as qualidades de interação dos parceiros também vão contribuir de maneira importante para a experiência social. Os autores sugerem que os indivíduos desenvolvem modelos operativos que atuam como parte de amplo sistema de processos cognitivos, emocionais e comportamentais que ajudam as pessoas a entenderem seu mundo e se comportarem de modo que satisfaçam suas necessidades pessoais.

Reite e Boccia (1994) destacam que a reação fisiológica e comportamental do

indivíduo em relação à separação da figura de apego pode estar relacionada à natureza e força do vínculo de apego estabelecido na infância. Esses autores enfatizam que seus dados são diretamente relevantes para testar as hipóteses articuladas por Bowlby (1988, p. 8)

[...] que a resistência ou a vulnerabilidade de cada pessoa a eventos estressantes da vida é determinada em um grau muito significativo pelos padrões de apego que ele ou ela desenvolve durante os primeiros anos.

A função do apego é de promover a regulação harmoniosa dos sistemas fisiológico e comportamental. A perda provoca o rompimento do apego, o que gera desarmonia entre os sistemas fisiológico e comportamental (REITE; BOCCIA, 1994).

Relacionamentos entre casais e entre pais e filhos são protótipos de relacionamentos próximos e ambos são construídos em contatos físicos repetidos e íntimos. As experiências de apego, durante a infância, podem ter efeito vital no comportamento e na função sexual adulta. Apegos promovem funcionamento saudável em pessoas de todas as idades e servem para diminuir o impacto dos indivíduos contra os estressores da vida. O vínculo de apego que se forma entre adultos, também provê importante contribuição ao próprio bem-estar e ajustamento (HAZAN; ZEIFMAN, 1994).

Os mesmos autores enfatizam o papel do sexo na formação e manutenção de relacionamentos de apego adulto e a influência de diferenças individuais no comportamento sexual em relacionamentos. Um modelo de apego não ajuda apenas a prever como as diferenças individuais podem influenciar a natureza e o curso dos relacionamentos, mas também os períodos críticos quando os relacionamentos são mais vulneráveis ao rompimento.

Na Teoria do Apego, o sexo é visto como parte integrante dos relacionamentos

românticos adultos. Contudo, assuntos referentes às múltiplas funções do sexo dentro do relacionamento, sua essência variável e importância sobre o curso do relacionamento não têm sido sistematicamente ligados à Teoria do Apego. Os pesquisadores têm ignorado os aspectos sexuais dos relacionamentos, especialmente relativos aos fenômenos como intimidade, confiança, ciúmes, eqüidade, comunicação e comprometimento (HAZAN; ZEIFMAN, 1994).

A Teoria do Apego enfatiza que os relacionamentos íntimos na vida adulta não podem ser completamente entendidos sem a referência às experiências sociais e emocionais advindas da infância (COLLINS; READ, 1994). De acordo com Santos (2000, 2005), os relacionamentos íntimos têm o potencial para influenciar profundamente a vida das pessoas, pois podem ajudar os indivíduos a moldar a visão que têm de si e dos outros e o modo como se relacionam com os amigos e familiares.

Diante do exposto, pode-se seguir o entendimento que a natureza do vínculo de apego estabelecida na tenra idade tem consequência no comportamento apresentado na idade adulta. A partir de como o vínculo fora estabelecido vislumbra-se diversas consequências na fase adulta, especificamente como esse indivíduo irá se relacionar com seu parceiro.

Ademais, ressalta-se que além do referencial obtido na infância as experiências adquiridas no decorrer da vida adulta exercem influência na qualidade do relacionamento do casal. Assim, as características que cada indivíduo traz consigo da sua infância agregada a vivência cotidiana de cada qual, caracteriza o ponto fundamental do desenvolvimento do vínculo de apego na fase adulta.

Capítulo 2

PERDA

Capítulo 2

PERDA

CAPÍTULO 2 – PERDA

A perda de uma pessoa amada é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer.

BOWLBY, 1985-2004, p. 4

2.1 Apego e perda

Os vínculos primários construídos durante a infância têm um papel primordial na capacidade posterior para um indivíduo estabelecer vínculos afetivos no decorrer do ciclo vital. O modo como cada pessoa aprende a se vincular emocionalmente com os primeiros cuidadores cria um modelo que serve de base para os vínculos emocionais posteriores, para o significado da vida no futuro e para o modo como enfrentará as mortes de pessoas queridas ao longo da vida.

O estabelecimento de vínculos afetivos, em cada fase do ciclo vital, constitui peculiaridade da espécie dos mamíferos, assim como a capacidade de ver, ouvir, comer e digerir. A vinculação afetiva é o resultado do comportamento social de cada indivíduo, diferindo de acordo com o outro indivíduo com quem ele esteja tratando (BOWLBY, 1982-2006).

A característica primordial da vinculação afetiva é que as duas pessoas tendem a se manter próximas uma da outra. Sabe-se que não há amor e nem pesar por um ser humano qualquer, mas apenas por um ser humano em particular (BOWLBY, idem). Dessa maneira, como se deve categorizar o vínculo com um cônjuge?

Pode-se afirmar que os padrões de apego são estabelecidos na infância e influenciam os apegos na idade adulta, mas a influência não é tão simples. Padrões de apegos inseguros na infância podem levar ao apego conjugal inseguro na idade adulta, mas não há garantia de que essa relação seja confiantemente descrita (PARKES, 2006).

De acordo com Bowlby (1973-2004), quanto mais a pessoa enlutada tiver uma relação de dependência com o falecido, maior é o dano que a perda traz à sua vida e ela vai precisar reorganizar os seus papéis sociais. Como as reações emocionais à perda são habitualmente intensas e prolongadas, em muitos casos acompanhadas de raiva e auto-acusação, com notável ausência de pesar, se essas reações persistem, a pessoa enlutada pode não conseguir reorganizar sua vida. Contudo, até que a reorganização ocorra, não é possível fazer planos para o futuro.

Todavia, pode-se compreender que quanto maior o grau de dependência do indivíduo com o ente falecido, maior será o sofrimento e a dificuldade de superação dessa perda, tendo em vista que a perda de um ente querido é intrínseca de cada indivíduo, ou seja, cada qual sente de forma diversa a situação.

Ter-se-á um recomeço, uma reorganização de todo o núcleo familiar, podendo variar muito em relação ao tempo para essa readaptação. É importante salientar o indubitável sentimento de tristeza, dor e luto, que a perda gera no indivíduo. Todo aquele ambiente que antes era seguro torna-se um universo completamente desconhecido e vazio.

Nos processos psicológicos envolvidos no luto saudável ocorre retirada do investimento emocional sobre a pessoa perdida e pode haver o preparo para uma relação com nova situação; a premência para buscar e recuperar a pessoa diminui gradativamente com o tempo, dando espaço a um novo processo. Observou-se que muitas das formas patológicas de luto podem ser devidas à persistência dessa premência, que pode aparecer de forma distorcida e disfarçada (BOWLBY, *idem*).

Como a função do comportamento de apego é manter os laços afetivos, qualquer situação que o coloque em risco provoca reação para evitar a perda. Nesse momento, todas as formas de comportamento de apego são ativadas: agarramento, choro. Quando

o laço afetivo é restabelecido, as atividades cessam e os estados de tensão e aflição são aliviados (BOWLBY, 1973-2004).

No caso do luto, talvez em intervalos cada vez mais longos, o esforço para restabelecer o laço é renovado: o pesar e a premência são novamente experimentados. Dessa forma, nos processos de enlutamento pode ocorrer a renovação da capacidade de estabelecer e manter relações de amor, ou pode seguir um curso que enfraquece esse restabelecimento em maior ou menor grau (BOWLBY, idem).

De acordo com Bowlby (idem, p. 39)

Muitas das emoções mais intensas surgem durante a formação, manutenção, ruptura e renovação das relações de apego. A formação de um laço é descrita como apaixonar-se por alguém, a manutenção do laço como amar alguém e a perda de uma pessoa querida como sofrer por alguém.

A ameaça de perda, analogamente, provoca ansiedade e a perda real dá origem à tristeza; ambas as situações podem provocar a raiva e a pessoa amada desperta a raiva como decorrência de sua partida. A manutenção de vínculo é experimentada como fonte de segurança e a renovação de um vínculo como fonte de contentamento (BOWLBY, 1969-2002; BOWLBY, idem; BOWLBY, 1982-2006).

Freud (1917-1976) afirma que, quando se acredita que a figura amada está temporariamente ausente, a reação é de ansiedade, quando se acredita que ela está permanentemente ausente, a reação é de dor e luto.

Os relacionamentos na vida adulta parecem tomar intensidade maior quando o adulto que perdeu o cônjuge tinha necessidade de amor, que era almejada, mas não era encontrada na infância. Quando esse tipo de relacionamento é desfeito pelo luto ele não chega a um fim, mas se torna o foco do enlutado o permanente desejo de cuidar e ser

cuidado pela pessoa que morreu. Isso leva a severa e duradoura solidão, a qual não pode facilmente ser aliviada pela família, amigos e conselheiros (PARKES, 2006).

Desse modo, quanto maior a carência vivenciada na infância mais difícil pode ser administrar a perda do ente querido, haja vista que há uma transposição de papéis, ou seja, a ausência de afeto na infância é, em grande parte, depositada no relacionamento adulto e com a perda, o luto pode tornar-se infindável, gerando solidão.

Como enfatiza Bowlby (1973-2004), a pessoa enlutada sente muita solidão emocional e as suas amizades não contribuem muito para atenuá-la. Essa solidão pode ser definida como aquela que só pode ser remediada pelo envolvimento numa relação de dedicação mútua. A característica primordial do termo solidão, no luto, denota o desejo da companhia de uma pessoa em particular que era o cônjuge, porém, ele não estava mais presente (PARKES, 1998).

Dessa maneira, o fato de os indivíduos enlutados morarem sozinhos, ou com outras pessoas na casa, não reduz substancialmente a solidão relatada por aqueles que perderam o cônjuge, e ter alguém com quem pudessem confiar também não alivia a solidão dos enlutados (PARKES, *idem*). Esse sentimento, muitas vezes, não é amenizado pela companhia das demais pessoas, ou seja, da rede de apoio social, porque o indivíduo enlutado se vê completo apenas com a presença da pessoa que se foi.

Em geral, a falta de suporte social comumente ocorre em idosos no período em que os filhos deixaram a casa e é mais difícil manterem relacionamento social fora de casa. Parkes (2006) cita a pesquisa de Fulton e Owen (1977), que compararam as reações da morte de um cônjuge e dos pais de crianças e encontraram que, embora as pessoas que perderam um filho estivessem mais pesarosas e preocupadas com relação à perda, os que tinham perdido o cônjuge estavam mais solitários.

O estudo supracitado demonstra que viúvos e viúvas estavam vivendo mais

sozinhos do que as pessoas que tinham perdido um filho. Contudo, não é possível generalizar esse fato, pois cada indivíduo enlutado vai reagir à perda de diferentes maneiras, dependendo de diversos fatores inter-relacionados no processo de enfrentamento, isso independe de qual é o tipo da perda.

De acordo com Bowlby (1973-2004), embora as pessoas reajam à perda de um ente querido de maneiras diferentes, a intensidade e a duração do pesar varie consideravelmente de indivíduo para indivíduo, existe um padrão geral básico. As quatro fases do curso do luto podem seguir o mostrado abaixo.

1. Fase de entorpecimento: em geral dura de algumas horas a uma semana e pode apresentar intercorrências de raiva extremamente intensas.

A reação imediata à morte do marido varia muito de época para época, de pessoa para pessoa. A maior parte das viúvas sente-se chocada e incapaz de aceitar a notícia e, em alguns momentos, provavelmente se sentirá tensa e apreensiva. Com o passar do tempo, elas podem continuar sua vida normal quase que automaticamente.

2. Fase de anseio e busca da figura perdida

Após algumas horas ou alguns dias da perda, o enlutado passa a vivenciar a realidade da perda, isso leva a crises de desânimo e de aflição. Pode ocorrer também inquietação, insônia, preocupação com lembranças do marido perdido, juntamente com sentimento de que seu marido está presente concretamente.

O enlutado, em geral, está envolvido pela premência de chamar, procurar e recuperar a pessoa perdida e, muitas vezes, age de acordo com essa premência. A busca da pessoa perdida é parte integrante do luto do adulto.

No início do processo do luto é comum que a pessoa enlutada, de um lado, tenha a crença de que a morte ocorreu, provocando dor e anseio e, do outro, ocorra a descrença de que ela tenha ocorrido, pois a pessoa acredita na premência de buscar e recuperar a

pessoa perdida. Esses estados podem variar no decorrer do processo de enlutamento. A raiva surge na medida em que a pessoa passa a se frustrar com essa busca infrutífera, para restabelecer o elo que foi rompido (BOWLBY, 1973-2004).

3. Fase de desorganização e desespero e fase de reorganização

Enquanto a pessoa não acredita que a sua perda é irrecuperável, ela pode sentir esperanças e ser impelida à ação. Isso pode provocar ansiedade pelo esforço frustrado na busca da pessoa morta.

Em geral, a pessoa enlutada aceita e reconhece, gradualmente, que a perda é irreparável. A reconstrução da sua vida pode iniciar quando o enlutado conseguir tolerar que a perda ocorreu e suportar a raiva em relação a qualquer pessoa que possa ter tido responsabilidade pela morte, até mesmo a pessoa morta. Isso leva a pensar como é importante que o enlutado supere antigos padrões de comportamento, de pensamento, de sentimento e de ação antes de surgirem outros novos (BOWLBY, *idem*).

O enlutado pode se sentir desesperado em perceber que as coisas não vão voltar a ser como eram antes e, conseqüentemente, pode se tornar deprimido e apático. Porém, se a pessoa consegue superar essa fase, pode surgir nova situação. Isso implica na redefinição do eu e da situação, ainda que signifique abrir mão de qualquer esperança de recuperar a pessoa perdida e restabelecer a situação e, a partir daí, fazer planos futuros. Após essa etapa, a pessoa pode reconhecer que é necessário adotar alguns papéis aos quais não está habituada e adquirir novas habilidades (BOWLBY, *idem*).

Nas culturas ocidentais, é muito difícil retomar a vida social, mesmo que de modo superficial. Para alguns enlutados as situações sociais que vivenciaram junto com o cônjuge são dolorosas, porque remetem a muitas lembranças do companheiro. Em geral, tanto viúvos como viúvas preferem se encontrar com pessoas do mesmo sexo. Para o homem, essa situação pode ser mais fácil quando já há um grupo de companheiros

constituído, enquanto, que para a mulher, os grupos de igreja podem ser valiosos (BOWLBY, 1973-2004).

Desse modo, homens e mulheres divergem na maneira como irão buscar a rede de apoio social, sendo que geralmente procuram pessoas do mesmo sexo e, ainda, mulheres têm naturalmente maior apoio social do que os homens até porque elas solicitam mais ajuda.

A Teoria do Apego contribui de forma significativa para motivar o indivíduo a procurar pela pessoa, obter sua presença e seu cuidado quando se vê ausente da figura de apego. Traz subsídios fundamentais para compreender as diversas reações comportamentais e emocionais oriundas da perda da figura de apego e do entendimento do luto.

2.2 Perda na vida adulta

É impossível pensar que eu nunca mais me sentarei com você e ouvirei seu riso. Que todos os dias pelo resto de minha vida você estará distante. Não terei ninguém para falar de meus prazeres. Ninguém para me convidar a caminhar, para ir “ao terraço”. Escrevo num livro vazio. Choro num quarto vazio. E jamais poderá haver qualquer consolo.

CARRINGTON, apud BOWLBY, 1973-2004, p. 261

Os indivíduos aprendem a padronizar e regular suas funções mais básicas, tais como alterações emocionais, pensamentos, ações, apetite e sono, ao se relacionar com os outros. Quando esses padrões reacionais de auto-regulação são rompidos pela morte, há que se aprender a restabelecer essas funções sob circunstâncias radicalmente diferentes. A própria capacidade de funcionamento do indivíduo, a rede de apoio social e a imagem internalizada transformada do ente querido são essenciais para o

restabelecimento da auto-regulação (SHAPIRO, 1994). Nesse sentido, a perda na idade adulta exige uma adaptação do indivíduo.

As sensações iniciais do luto na vida adulta são profundas e podem afetar os aspectos físicos e psicológicos. Em geral, o enlutado tipicamente descreve dor crônica no peito, apresenta dificuldade de respiração e algumas vezes para engolir, esses sintomas sugerem a sensação de Coração Partido (SHAPIRO, *idem*).

As experiências de perda são acompanhadas por mudanças comportamentais e fisiológicas que podem afetar o indivíduo e podem ter implicações adversas na saúde pública. O tratamento farmacológico do luto tem sido aplicado para melhorar ou prevenir certas conseqüências afetivas e médicas adversas. Porém, um estudo envolvendo o tratamento de um grupo de indivíduos idosos recém-enlutados, consumidores do antidepressivo tricíclico Nortriptyne, descobriu evidência de melhora dos sintomas de depressão, qualidade do sono e nível geral de funcionamento orgânico, mas os sintomas de luto não obtiveram melhora (PASTERNAK et al., 1991 apud REITE; BOCCIA, 1994).

Desse modo, o enlutamento pode ser pensado como evento que pode, em alguns casos, ser auxiliado pelo tratamento farmacológico a fim de prevenir ou melhorar conseqüências fisiológicas adversas. Entretanto, se faz necessário avaliação de quais indivíduos se beneficiariam do tratamento e qual dose aplicada seria necessária (REITE; BOCCIA, *idem*).

Insta afirmar que, o uso de medicamentos pode melhorar os sintomas fisiológicos do enlutado, mas não interfere no processo psicológico de enlutamento. Contrariamente, o uso de medicamentos alivia o sofrimento momentaneamente, porém, pode postergar o tempo do luto.

O pesar do luto pode ser forte ou fraco, breve ou prolongado, imediato ou adiado. Seus aspectos peculiares podem ser distorcidos e os sintomas, em geral, tornam-se

grandes fontes de sofrimento (PARKES, 1998). Assim, muitos fatores devem ser considerados quando se tenta explicar as diferenças entre as respostas das pessoas ao luto.

Cada indivíduo reage diferentemente à perda de uma pessoa amada. Enquanto muitos podem parecer tristes ou chorosos, outros podem apresentar dificuldades relacionadas ao trabalho, distúrbios do sono e mudanças no comportamento, além de mudanças no apetite e no peso, problemas de memória, aumento do risco de suicídio e aumento do uso de álcool, tabaco e tranqüilizantes (PARKES, *idem*; MADDISON; VIOLA, 1968).

As reações do luto normal são aquelas em que o enlutado caminha em direção à aceitação da perda e apresenta capacidade para continuar cuidando da sua vida. Alguns indicadores de êxito na elaboração do luto incluem a capacidade para sentir que a vida continua, para reinvestir no relacionamento interpessoal e em atividades cotidianas (PRIGERSON; JACOBS, 2001; FRANCO, 2002).

Nesse diapasão, a aceitação da perda é o precursor para a elaboração do luto, entretanto, como já fora salientado esse fato irá ocorrer de acordo com o tempo de cada indivíduo, de sua necessidade de sentir-se ainda vivo, mesmo que em muitos casos, sente-se mutilado, pelo fato de que sua maior companhia, a razão de sua vida, não está mais presente.

Contudo, por se tratar de seres humanos providos de sentimentos peculiares, nem sempre ocorre a elaboração, podendo o enlutado vivenciar o luto complicado, onde há o desencadeamento de complicações físicas e psicológicas. Nesses casos, há maior dificuldade na aceitação e, por consequência, na reestruturação da vida.

O luto pode ser considerado como reação normal e esperada diante do rompimento de uma relação significativa, que pode abranger morte, divórcio,

aposentadoria, mudanças forçadas e que têm impacto sobre o indivíduo e a família (BROMBERG, 1996). O sofrimento é reação universal à perda de uma figura de vínculo, mesmo que se manifeste de diferentes maneiras de acordo com cada cultura (BOWLBY, 1969-2002).

Para Parkes (1998, p. 22-23)

A dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é, talvez, o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso. Ignorar este fato ou fingir que não é bem assim é cegar-se emocionalmente, de maneira a ficar despreparado para as perdas que irão inevitavelmente ocorrer em nossa vida, e também para ajudar os outros a enfrentar suas próprias perdas.

O luto pode ser denominado como complicado quando ocorre desvio do processo normal de luto, caracterizado por enfrentamento mal adaptativo que interfere nos aspectos cognitivos, afetivos e sociais e que pode levar a complicações físicas e psicológicas (CATALDO; MAJOLA, 1997).

Franco (2002) considera quatro principais fatores de risco para o luto complicado: fatores predisponentes no enlutado (ser jovem, baixa auto-estima, perdas anteriores), fatores da relação com o morto (cônjuge, enlutado ambivalente ou dependente), tipos de morte (inesperada, após um longo período de adoecimento, suicídio, assassinato) e suporte social (família considerada inútil como suporte ou ausência de familiares próximos).

Há consenso entre os estudos de que o choque é a primeira resposta diante da morte de um ente querido e que, no caso de morte súbita e inesperada, essa reação será acentuada. A pessoa enlutada experimenta um estado de choque e confusão e, posteriormente, surge a vergonha e a ansiedade do enlutado devido ao seu comportamento irracional; esse fato pode ser atenuado pela clareza de que ele pode

expressar seus sentimentos. Os problemas da perda imediata tornam-se acentuados em decorrência de respostas perplexas e incompreensíveis de outros indivíduos (PINCUS, 1974-1989).

Na reação inicial da perda, os enlutados têm dificuldade para mudar sua autopercepção do mundo, caracterizada pelos hábitos de pensamento, sentimento e interação, que foram construídos ao longo das suas vidas. Os enlutados, em geral, apresentam consciência dividida em suas respostas iniciais à notícia da morte do ente querido. Uma parte deles reconhece a realidade vivida, ao mesmo tempo em que a rejeita em trabalhos, experiências e conhecimento. Esse mecanismo emocional e perceptivo que os enlutados muitas vezes descrevem se aproxima do que se chama de dissociação (SHAPIRO, 1994).

Algumas pesquisas vêm descobrindo que o processo de recuperação, advindo da morte de um membro próximo da família, é um pouco mais prolongado do que se supunha e que, de fato, em muitas instâncias é vitalício. Muitos adultos retornam a razoável nível de funcionamento externo bem-sucedido, dois ou três anos após a morte, particularmente na morte do cônjuge (WEISS, 1991; OSTERWEIS et al., 1984).

Os enlutados podem demorar muitos anos para reconstruir a vida adulta e reorganizar a percepção de si mesmo como pessoa, sem a presença do ente querido. O campo de saúde mental está começando a perceber a natureza do luto e do processo de recuperação. Ainda há clínicos com posturas rígidas acerca da recuperação do luto, acreditando que todos os seus processos seriam possíveis pela recuperação num período de tempo limitado, sem levar em conta a peculiaridade de cada indivíduo (SHAPIRO, *idem*).

Relacionamentos familiares podem ser importantes fontes de apoio para a recuperação no luto adulto. Contudo, as exigências da vida familiar propiciam, nos

relacionamentos, fonte de aumento no nível de estresse. Todavia, a recuperação do luto não deve significar que os enlutados retornem imutáveis da forma como eram antes da perda (SHAPIRO, 1994).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV – TR (2002), alguns elementos que servem para diferenciar a natureza do luto e o transtorno depressivo maior incluem: culpa pelas coisas recebidas após a morte da pessoa querida, pensamento de morte maior do que a vontade de viver, sentimento de que deveria ter morrido com o falecido, preocupação mórbida com sentimento de inutilidade, lentidão psicomotora acentuada, deterioração funcional acentuada e prolongada e experiências alucinatórias variadas.

O diagnóstico de transtorno depressivo maior geralmente é dado se esses sintomas persistirem por dois meses após a perda. O indivíduo enlutado, tipicamente, considera seu humor deprimido como normal, embora possa buscar auxílio profissional para o alívio dos sintomas associados (DSM-IV – TR, *idem*).

Shear et al. (2005) incluem outros aspectos: senso de descrença, de ansiedade e desespero a respeito da morte, angústias recorrentes de emoções dolorosas com intensa saudade do falecido, preocupação com pensamentos a respeito da pessoa amada, incluindo pensamentos intrusivos e aflitivos relacionados à morte.

As circunstâncias individuais contribuem para a natureza da reação ao luto. Fatores como histórico familiar e relacionamentos internalizados da família de origem, histórico de perdas prévias, estilo de personalidade e capacidade de fazer uso de apoios sociais existentes, assim como a natureza do relacionamento pessoal com o falecido e a disponibilidade de suporte social contribuem significativamente para a profundidade e duração da experiência de luto (BOWLBY, 1973-2004; OSTERWEIS et al., 1984; PARKES, 1998; STROEBE; STROEBE, 1987).

Além das circunstâncias efetivas de morte, o grau no qual essa é experimentada como traumática e o grau que o adulto se sente responsável pela ocorrência de um acidente fatal, ou de uma doença, também podem prolongar a duração do luto adulto (BOWLBY, 1973-2004; OSTERWEIS et al., 1984).

A idade é um dos fatores que também pode afetar a magnitude da reação ao luto. Há controvérsias em relação à idade na recuperação de indivíduos enlutados. Bowlby (idem) afirma que a dificuldade de recuperação tende a ser maior nos indivíduos mais jovens. A razão disso, é que a idade em que a pessoa sofre a perda de um cônjuge está relacionada com o grau em que a morte é considerada como extemporânea, é como se tivesse cortado precocemente uma vida antes de sua realização. É muito diferente uma “morte tranqüila como um se apagar da pessoa idosa e o corte trágico e repentino do jovem, em seu desabrochar...” (PARKES, 1998, p.153). Isso pode resultar nas reações de luto do sobrevivente (STROEBE, 2000; PRIGERSON; JACOBS, 2001; FRANCO, 2002).

Nem todos os estudos chegam a esses mesmos resultados e a relação entre idade e resultado do luto não foi confirmada na pesquisa feita por Sable (1991), na qual as viúvas mais velhas apresentavam graus mais elevados de sofrimento de um a três anos após a perda, comparadas a viúvas mais novas. Uma das explicações possíveis, é que, na idade avançada, além do luto da viuvez, ocorre multiplicidade de perdas (PARKES, idem).

Na verdade, ainda há poucos estudos acerca das correlações entre a idade e o sexo da pessoa enlutada e sobre tendência do pesar seguir curso patológico (BOWLBY, idem).

No que tange a fatores como idade e sexo do enlutado no processo de superação do luto, os autores mencionados divergem quanto a posição adotada, porém o

entendimento deve ser ampliado através da análise de todos os fatores que o circundam e não tão somente por esses em específico.

As causas e as circunstâncias em que ocorre a perda variam muito e podem facilitar ou dificultar o luto sadio. Quando a perda é súbita e inesperada, parece haver maior choque inicial do que se a morte fosse prevista (PARKES, 1998; BOWLBY, 1973-2004). No seu estudo de Harvard sobre viúvos e viúvas, Parkes (idem) demonstra que, depois de morte súbita, há um grau de perturbação emocional maior, com sintomas de angústia, auto-acusação, depressão, que persiste durante os primeiros anos de enlutamento. A pessoa enlutada pode sentir pesar profundo e talvez experimentar muita raiva. Porém, se as causas e as circunstâncias da morte não são adversas, o luto pode ser amenizado. A pessoa provavelmente vivenciará sentimento de ter sido abandonada e, aos poucos, a expressão do anseio vai diminuindo (BOWLBY, idem).

De acordo com Bowlby (idem), as circunstâncias sociais e psicológicas também devem ser levadas em conta. Essas podem afetar o enlutado durante o primeiro ano da perda e podem influenciar o processo de luto em proporções significativas. Há três variáveis que devem ser consideradas:

1. disposições residenciais - se a pessoa mora sozinha ou com parentes adultos e se é responsável por crianças ou adolescentes;
2. condições e oportunidades socioeconômicas - como são as circunstâncias econômicas, a sua habitação e como estão as oportunidades para organizar um novo modo de vida social e econômico;
3. crenças e práticas que facilitam ou impedem o luto sadio - se essas facilitam ou impedem o luto sadio e se parentes e amigos ajudam ou impedem no processo de luto. Essa variável é importante na determinação do resultado do luto.

Como corrobora Bowlby (1973-2004), há tendência a se subestimar os efeitos da perda, em adultos ou em crianças, o quão aflitiva e desnorteante é a perda e quanto tempo ela dura, supondo-se que uma pessoa normal e sadia pode e deve superar o luto não só de maneira rápida, como também de maneira total.

Apesar de uma adaptação externa bem-sucedida diante das circunstâncias de uma nova vida, muitos adultos, os quais perderam um membro próximo da família, descrevem suas vidas, seus relacionamentos familiares e sua noção de si mesmos ainda com certa dificuldade. Adultos enlutados podem mudar não somente pela morte, mas também pelas experiências subseqüentes dos padrões de suas vidas diárias, suas emoções internas, e seus relacionamentos com os membros sobreviventes da família. Os enlutados freqüentemente continuam com envolvimento significativo, com memórias pungentes do falecido (SHAPIRO, 1994).

O lapso temporal entre a morte do ente querido e a readaptação do enlutado à sua vida cotidiana pode durar muito tempo, possuindo variáveis consideráveis no que se refere a todas as circunstâncias decorrentes dessa perda. As emoções, relacionamentos com as demais pessoas do grupo social, dentre outros, são fatores que refletem em todo o processo de luto.

2.3 Família e luto

A perda acometida no núcleo familiar é um processo que acarreta devastadora modificação no comportamento dos indivíduos. Em muitos casos, a estrutura familiar, além do luto em si, passa por momentos intermitentes de crise, pois a transformação que essa perda traz na vida do enlutado, têm parâmetros imensuráveis. Nesse espectro, deve ser avaliada toda estrutura emocional que o indivíduo enlutado traz desde a infância, o que demonstra a aplicação da Teoria do Apego de forma direta nesse processo.

Para Cerveny (1994), a família é um grupo específico que constrói sua identidade fundamentada na vivência participativa de seus membros. Esses são reciprocamente influenciados pelos demais e por si mesmos. O grupo familiar é considerado o precursor da identidade de cada indivíduo, legitimando e delimitando o seu espaço social.

A relação entre os indivíduos do grupo familiar, via de regra, inicia-se muito cedo, perdurando por grande lapso temporal, podendo, dessa forma, ser considerada a inter-relação mais importante na vida dos indivíduos (CERVENY; BERTHOUD, 2002-2004). Porém, em detrimento do processo de luto, pode-se considerar que esse apoio familiar e social dura menos do que a vivência de luto (BROMBERG, 2000).

O sistema familiar opera de acordo com certos princípios da homeostase, como as rotinas, regras, rituais, segredos, dentre outros padrões interativos, integrando o cotidiano que os protege (CERVENY, *idem*).

O processo de perda implica em situação muito dolorosa em relação ao núcleo familiar sobrevivente, haja vista que essa modificação acarreta a transformação em todos os padrões de interação do ciclo vital inicialmente estabelecido, além de implicar na integral reestruturação e readaptação do núcleo social e familiar e, ainda, na superação de desafios que até então não foram vivenciados pelos mesmos (WALSH; McGOLDRICK, 1998).

Nesse sentido, mormente, pode-se vislumbrar crise familiar em decorrência da perda. Isso ocorre da necessidade de prosseguir no desempenho de atividades que podem ser rotineiras ou contemporâneas, contudo, há que se verificar o fator agravante do luto individual e, ainda, aquele de cada membro do grupo, tendo-se em mente que cada pessoa reage a essa situação de maneira própria e una (BROMBERG, 1996).

O processo de reestruturação tem início somente após a superação dessa crise familiar, pois, nesse período, os indivíduos ficam estagnados, o que impede a criação de

nova identidade familiar, fato gerador do equilíbrio necessário para a possibilidade da reestruturação familiar (BROMBERG, 1996).

Nesse período de enlutamento, uma das dificuldades apresentadas se refere à falta de oportunidade e até mesmo de condições emocionais para expressar sentimentos que, invariavelmente, seriam feitos de maneira natural tais como a raiva, a culpa, dentre outros. Essa ausência de espaço para a demonstração dessas manifestações dificulta a reorganização da entidade familiar (BROMBERG, *idem*).

No caso da perda do cônjuge, além da perda de sua pessoa física ocorre também a perda da condição civil, tendo o sobrevivente que adotar novamente sua identidade autônoma e individual. Essa mudança, que pode parecer insignificante, tem relevância absoluta no processo de recuperação do indivíduo enlutado, uma vez que toda a história construída e sonhada se vê rompida pela quebra do laço afetivo decorrente da morte. Os vínculos construídos no decorrer da vida do casal são fatores que geram a estabilidade de cada indivíduo, sendo aspectos muito especiais de parceria. A retomada na vida com um sentimento de solidão e vazio intensos, variando caso a caso, pode ser dura e intensa (OLIVEIRA, 2002).

Acima de muitos fatores, a quebra do vínculo afetivo, do laço de união que existia entre os cônjuges denota sentimento de dor e solidão. Há o rompimento do mundo real vivenciado até aquele momento na presença do indivíduo que acabara de morrer, e o surgimento de um mundo onde as experiências novas são amedrontadoras. Existe nessa fase dúvidas, angústias e receios acerca do desconhecido que está por vir.

Em geral, a dor do enlutado não é dividida e compartilhada pela família, ou seja, em muitos casos esse não consegue visualizar que a rede familiar também está vivenciando o luto, o que desencadeia uma confusão de sentimentos que são, em determinados casos, precursores da crise familiar. O diálogo e o compartilhamento de

idéias no núcleo familiar transforma-se em base de apoio para o início da aceitação do luto.

Todos os membros da família, como anteriormente elencado, vivenciam o processo de luto. Entretanto, os filhos podem passar por dificuldade maior na aceitação dessa perda, necessitando de amparo do ente mais próximo que sobreviveu. Geralmente ocorre grande dificuldade para administrar esses sentimentos decorrentes do luto, o que ocasiona alteração no padrão de comunicação e vivência familiar, impedindo a percepção do luto dos demais. De certa maneira, cada qual consegue apenas vislumbrar e entender seu próprio momento e não o dos demais familiares. A dificuldade de aceitação da perda e seu conseqüente luto podem ser ainda maiores em decorrência de como e qual foi a causa da morte (OLIVEIRA, 2002).

A situação impactante da morte, sua natureza, o momento da perda no ciclo da vida, o contexto sociocultural e o funcionamento da rede familiar são fatores relevantes no processo de enlutamento e geradores de conseqüências positivas ou adversas de qualquer perda. Cada tipo de morte demanda mecanismos de enfrentamento diversos pelo indivíduo sobrevivente. Quando ocorre morte de maneira repentina, a família precisa de mais tempo para a aceitação da perda e também para concluir atos e fatos que ficaram pendentes; no caso de uma perda ambígua, ocorre incerteza quanto à morte, provocando agonia para a família. Por exemplo, no caso de desaparecimento. A morte violenta também pode causar impacto devastador para a família (WALSH; McGOLDRICK, 1998).

Destarte, as circunstâncias como a morte ocorreu, bem como, o modo e toda a relação desses eventos com a estrutura familiar demanda a forma como cada indivíduo irá enfrentar e vivenciar esse luto. Porém, não há regra que admita que em determinado tipo de morte, o luto será mais ou menos intenso, existem fatores internos e externos que

fazem com que essa vivência ocorra de forma diversa em cada indivíduo que está enlutado.

Dessa forma, o diálogo familiar tem suma importância no processo da perda, uma vez que há troca recíproca de sentimentos, perspectivas e expectativas em relação às experiências que terão obrigatoriamente que serem vividas. Com isso, haverá conexão entre os membros da família, inclusive no que tange às implicações negativas como, por exemplo, a construção do futuro na ausência daquele que se foi (WALSH; McGOLDRICK, 1998).

As famílias podem vivenciar emoções intensas, transparecendo em momentos, situações e formas diversas, de modo que sentimentos ambivalentes podem aflorar de maneira natural, porém, muitas vezes, inesperada. Raiva, desamparo, alívio, culpa, abandono, dentre outros, são sentimentos plausíveis de ser vivenciados nas relações familiares (WALSH; McGOLDRICK, *idem*).

2.4 Viuvez

A perda por morte é considerada situação de crise e a morte do cônjuge, especificamente, tem sido reconhecida como uma das mais estressantes e dolorosas experiências em termos de intensidade e duração do processo de enlutamento, abrangendo todas as idades e contextos culturais (HOLMES; RAHE, 1967; WINDHOLZ, MARMAR; HOROWITZ, 1985; DEMI, 1989; PARKES, 1998; PRIGERSON; JACOBS, 2001; UNGAR; FLORIAN, 2004).

A morte do cônjuge está relacionada ao aumento das taxas de mortalidade e de morbidade nos pacientes enlutados (STROEBE ; STROEBE, 1987; DEMI, *idem*; PARKES, *idem*; JONES, 1987). É o tipo mais freqüente de luto que precede problemas psiquiátricos, caracterizado como expressão de luto patológico (BOWLBY, 1973-2004; PARKES, *idem*; PARKES, 2006).

A viuvez têm demonstrado ser experiência com maior grau de dificuldade de superação para o cônjuge enlutado. Desse luto, pode desencadear problemas psiquiátricos, e até mesmo levar a morte. Há relação direta na saúde do cônjuge sobrevivente, especialmente, para aqueles que não têm uma rede de apoio social mais próxima.

Bowlby (1973-2004) enfatiza que a maioria das mulheres leva muito tempo para superar a morte do marido e que, qualquer que seja a avaliação psiquiátrica à qual foram submetidas, menos da metade apresentou recuperação ao final do primeiro ano. Quase sempre a saúde é afetada. As pessoas enlutadas, em geral, apresentam insônia, dores de cabeça, ansiedade, tensão e cansaço. A maioria das viúvas se recupera de seu estado original de saúde e bem-estar de dois a três anos, porém, minoria substancial de viúvas não recupera totalmente seu estado original de saúde e bem-estar.

Devido ao fato de o enlutamento conjugal se apresentar usualmente em censos e registros de saúde, vários dados estão disponíveis, o que permite a análise de risco excessivo em termos de doenças específicas e até mortalidade. Desse modo, enquanto muitos eventos de vida como divórcio ou separação poderiam ser consequência ao invés de serem a causa de problemas de personalidade ou depressão, isso não ocorre no caso do enlutamento (STROEBE, 2000).

A perda do cônjuge, devido à morte, pode realmente afetar adversamente a saúde do parceiro sobrevivente. Isso tem sido demonstrado em avaliações epidemiológicas, comparando grupos casados em várias medidas de saúde e em estudos de grupo longitudinal, examinando o estado de saúde de pessoas enlutadas em comparação com o de pessoas não enlutadas por período de tempo subsequente à perda (OSTERWEIS et al., 1984; STROEBE; STROEBE, 1987).

Existe forte evidência de que as consequências à saúde são afetadas por fatores

tais como a forma, ou seja, conseqüências mais severas após perda repentina do que em perdas esperadas; o gênero, sendo constatado que homens sofrem conseqüências mais severas e o grau de apoio social que o indivíduo recebe, após a perda, diverge de acordo com o apoio recebido. As conseqüências são mais severas para pessoas que não recebem relevante apoio social (STROEBE, 2000).

A incidência de morte de cônjuges tem sido estimada em 1,6% a cada ano para homens idosos e 3% para mulheres idosas e afeta aproximadamente 7,5% da população adulta (MURRELL et al., 1984). Os estudos revisados demonstraram que 20% dos enlutados sofrem doenças (MURRELL et al.,idem; NORRIS; HUTCHINGS, 1984; WINDHOLZ; MARMAR; HOROWITZ, 1985). Assim, a saúde da pessoa enlutada, no geral, está em risco quando comparado aos indivíduos não enlutados (STROEBE et al., 1993-2001; STROEBE, idem; STROEBE; STROEBE, 1987; WINDHOLZ; MARMAR; HOROWITZ, idem). Esses estudos trazem algumas evidências de que o luto pode afetar a saúde da pessoa enlutada, pode aumentar as taxas de mortalidade e de morbidade e apresentar maior índice de doenças.

Os custos do luto, em termos de saúde, podem ser extremos. O luto está associado ao declínio da saúde, ao uso inapropriado do serviço de saúde, ao aumento para o risco de morte e à maior procura pelos profissionais da área médica. Identificar e intervir junto aos pacientes enlutados ajudaria a prevenir esses riscos (SHEAR et al., 2005; STROEBE et al., idem; PRIGERSON; JACOBS, 2001; STROEBE, idem; KHIN; SUNDERLAND, 2000; PARKES, 1998; STROEBE; STROEBE, idem; WINDHOLZ; MARMAR; HOROWITZ, idem).

Pesquisa realizada com 22 viúvas londrinas (PARKES, 1970), verificou que as viúvas com menos de 65 anos de idade consultavam com mais freqüência o clínico geral em busca de ajuda para problemas emocionais durante os seis primeiros meses após a

perda, e apresentaram consumo de sedativo sete vezes maior, porém, o mesmo não ocorria com viúvas mais idosas.

Parkes (1998) constatou que há taxa de mortalidade mais significativa entre pessoas viúvas do que entre pessoas casadas da mesma idade. Pesquisa realizada por Maddison e Viola (1968) demonstrou que 32% das viúvas apresentam deterioração da saúde no primeiro ano do luto contra 2% das mulheres casadas. As causas de morte nos pacientes enlutados têm sido atribuídas a doenças cardiovasculares, alcoolismo e suicídio, e os sintomas físicos incluem taquicardia, indigestão, dor no peito, palpitações, dor de cabeça e doenças psicossomáticas (PARKES, *idem*; WINDHOLZ, MARMAR; HOROWITZ, 1985; DEMI, 1989; KHIN; SUNDERLAND, 2000).

Windholz, Marmar e Horowitz (*idem*), realizaram pesquisa com viúvas e viúvos utilizando um questionário sobre a saúde geral. O estudo identificou maior consumo de drogas psicotrópicas (sedativos, hipnóticos e tranqüilizantes) e saúde física mais frágil, em ambos os sexos. Em relação à mortalidade, os viúvos idosos apresentaram risco maior quando comparados aos viúvos mais jovens, as viúvas manifestaram sintomas somáticos e psicossomáticos no período pós-enlutamento, especialmente se os seus cônjuges haviam sofrido doenças crônicas.

A saúde torna-se fragilizada em decorrência do luto. Há grande consumo de drogas psicotrópicas que apenas amenizam e retardam o processo vivido, porém, prolongam o sofrimento. Dessa forma, a utilização de mecanismos de prevenção e acompanhamento para o enlutado se faz mister nesse momento.

Com relação às diferenças de gênero, no que diz respeito à mortalidade na experiência de luto, existem fatores culturais e variação no modo como homens e mulheres solicitam ajuda (PARKES, 2006). Revisões recentes acerca das diferenças de gênero, realizadas por Stroebe et al. (1993-2001), concluíram que em todas as épocas as mulheres apresentam mais distúrbios emocionais, sintomas psicológicos e comportamento de

pedir ajuda.

Os estudos mostraram que os homens apresentam taxas de mortalidade maiores que as mulheres, sendo mais vulneráveis (STROEBE et al., 1993-2001; PARKES, 1998; JONES, 1987; WINDHOLZ; MARMAR; HOROWITZ, 1985). As mulheres, em geral, saem da experiência de luto com mais problemas psicológicos do que os homens e tem maior probabilidade de procurarem ajuda psiquiátrica após o luto. Isso pode estar relacionado com os fatores culturais ou características biológicas. Por contraste, são os homens que apresentam maior tendência para morrer de problemas cardíacos, caracterizando a Síndrome do Coração Partido depois da morte do cônjuge e depressão significativamente maior de dois a quatro anos após o enlutamento, quando comparados a pessoas casadas do mesmo sexo (PARKES, 2006).

Apesar de ficar constatado que as mulheres apresentam maiores taxas de distúrbios emocionais e comportamentais se comparadas aos homens, há que se ressaltar que estas buscam o apoio da rede social com maior frequência e o índice de mortalidade dos homens é mais elevado. O desencadeamento da depressão em indivíduos do sexo masculino, em decorrência do luto, tem se mostrado muito mais comum do que em mulheres. Esses distúrbios têm reflexo direto em todo âmbito social desse indivíduo, prejudicando o convívio e a vivência em comunidade.

Além disso, esse fato pode ser atribuído às diferenças existentes na expressão da dor e do choro no luto encontradas na sociedade ocidental. A tendência masculina de inibir os sentimentos e a relutância em pedir ajuda, torna-se mais difícil para os homens do que para as mulheres serem amparados nas suas emoções pela família e pelo grupo social, após o enlutamento. Isso pode interferir no processo de luto e agravar as conseqüências da doença cardíaca pré-existente. Entretanto, os homens podem evitar falar dos seus sentimentos, mas administram bem as questões práticas que vivenciam

após o luto (PARKES, 1998; PARKES, 2006).

Após revisão detalhada da literatura de luto existente para a viuvez, Stroebe e Stroebe (1987) concluíram que, mesmo considerando as limitações metodológicas, os viúvos e viúvas apresentam maiores riscos que os casados no que diz respeito às desordens psiquiátricas, problemas físicos ou mortalidade.

O luto tem sido tema proeminente em muitos modelos de psicopatologia e pode ser um dos fatores de vulnerabilidade para a doença mental, tanto na infância quanto na vida adulta (BOWLBY, 1969-2002; BOWLBY, 1973-2004; PARKES, 1998; KHIN; SUNDERLAND, 2000; OTT, 2003). Os seus efeitos podem ser severos e o luto não resolvido tem sido relacionado à depressão, doenças crônicas, culpa e distúrbios significativos na auto-estima. Tais complicações não se refletem somente em termos do sofrimento pessoal, mas também na família, trabalho, ambiente social, sistema de cuidado da saúde e na comunidade (OTT, *idem*).

A depressão está associada a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças das artérias coronárias, incluindo arritmia, infarto do miocárdio, ataque do coração e morte súbita (GRIPPO; JOHNSON, 2002; MUSSELMAN et al., 1998). Desse modo, se o luto pode causar depressão, o enlutado corre riscos para desenvolver doenças coronarianas.

Um dos fatores que tem sido considerado para prever reações problemáticas, diante da morte de um cônjuge é o relacionamento ambivalente ou dependente. A perda do cônjuge aponta para subsequente isolamento social, luto e solidão, quando o relacionamento do casal apresentava altas taxas de divergências conjugais e/ou dependência. Apegos ansiosos/ambivalentes aos pais na infância podem ter precipitado relacionamento de dependência na vida adulta e propagado as raízes do luto crônico após a perda do cônjuge. Alguns estudos corroboram essa afirmação de que o luto do

cônjuge ocorre de forma mais severa e prolongada, com intensa solidão, se comparado a outros enlutamentos (PARKES, 2006).

Esse fato pode ser ilustrado no estudo de Harvard, no qual foi realizada pesquisa longitudinal de viúvos e viúvas jovens (PARKES, 1998), os relatos de altos níveis de conflito marital foram associados com pouco pesar, durante as primeiras semanas de luto, mas, depois do primeiro mês, no luto do grupo que apresentava conflito, houve tendência para tornar-se severo e prolongado e, de dois a quatro anos depois, esses viúvos e viúvas ainda expressam surpreendente pesar contínuo pela perda do seu parceiro. O relacionamento dependente também está associado com luto prolongado, mas, nesse caso, o luto pode ser intenso desde o início.

Os viúvos e viúvas tentam preservar o senso de identidade como forma de manter os sentimentos de apego em relação ao cônjuge morto e reorganizar suas vidas dentro desse aspecto que lhes parece significativo (BOWLBY, 1973-2004).

Em alguns casos, a pessoa enlutada percebe o cônjuge morto por toda parte e, em outros, ele parece estar num lugar específico e adequado (BOWLBY, *idem*). Alguns enlutados experimentam conforto ao sonhar com o ente querido e os sonhos podem indicar que o luto está tomando curso favorável quando essa vivência é confortadora. Por outro lado, para alguns enlutados, pode ser sinal de que alguma coisa não está bem (PARKES, *idem*).

Entretanto, a capacidade de um viúvo ou viúva para enfrentar os novos papéis e responsabilidades, desencadeadas com a perda do cônjuge, vai depender da personalidade e da experiência anterior do enlutado e, em parte, das exigências feitas pelo contexto familiar e referências de apoio. Os filhos pequenos podem ser considerados como fardo ou bênção, bem como os parentes do cônjuge falecido (BOWLBY, 1982-2006).

A aceitação da morte do cônjuge pelo enlutado pode ocorrer de forma muito complexa, pois em diversos casos a presença fictícia do ente que morreu parece real. Sonhos, percepções da sua presença física, podem ser fatores complicadores ou amenizantes da dor do luto. Cada qual irá desempenhar o papel de viúvo assumindo suas responsabilidades de forma diversa, e ainda, tendo como base o apego desenvolvido na infância, o contexto familiar que está inserido e demais referências de apoio.

Todos os fatores, pessoas e circunstâncias que envolvem a vida do enlutado será vivenciado por ele de acordo com seu estado emocional e suas experiências anteriores.

2.5 Perda e saúde cardíaca

O desenvolvimento de doenças cardíacas pode ser desencadeado devido à inúmeras circunstâncias. No caso específico, constatou-se que o luto, juntamente com toda dor e solidão que provoca, pode ser afetado pelas mesmas. Em alguns casos que o indivíduo já possuía tais enfermidades a sua saúde pode ser agravada em razão do luto. O que antes era meramente poético vem tendo expressão científica.

As estatísticas americanas apontam que a falta de companhia humana, a morte súbita de um ente querido e a solidão crônica são fatores consideráveis na aparição de doenças cardiovasculares. As disfunções cardíacas estão relacionadas ao estresse e à dificuldade para lidar com ele, aos sentimentos de solidão, depressão, abandono e isolamento e a traços de personalidade hostis e ansiosos (RAMOS, 1990). Desse modo, a solidão e o isolamento podem levar à depressão e à sensação de abandono, sendo referidos como fatores de alto risco no desenvolvimento de doenças cardíacas (LINCH, 1979 apud RAMOS, idem).

Doenças na vida adulta podem influenciar e ser influenciadas pela reação ao luto.

Muitas pesquisas têm abordado os efeitos do luto sobre a saúde e como podem afetar a saúde física, provocando doenças e danos na vida adulta (PARKES, 2006; STROEBE; STROEBE, 1987).

Pesquisas sobre os efeitos do luto na saúde física têm demonstrado que a causa mais freqüente de doenças em pacientes enlutados está relacionada aos problemas cardíacos (PARKES, 1998; STROEBE et al., 1993-2001; O'CONNOR, ALLEN; KASZNIAK, 2002; STROEBE; STROEBE, idem).

No estudo realizado por Parkes, Benjamin e Fitzgerald (1969) sobre as causas da morte de viúvos, ficou evidenciado que 3/4 das mortes nos primeiros seis meses de viuvez eram decorrentes de problemas cardíacos, principalmente trombose da coronária e doença coronariana arteriosclerótica. Em alguns casos, parece que certas doenças são precipitadas ou agravadas por perdas importantes (PARKES, idem).

Windholz, Marmar e Horowitz (1985) apontaram três considerações sobre a saúde dos enlutados que perderam seus cônjuges: aproximadamente 30% dos viúvos e viúvas demonstraram pouco ou nenhum distúrbio sintomático em algum período após a perda, cerca de 50% apresentaram níveis moderados de pesar nos primeiros meses, com gradual recuperação de quatro meses a um ano após o evento e, aproximadamente, 20% sobreviveram com morbidade psicossocial por vários anos após a morte do cônjuge. Para esse grupo, os fatores de risco incluíram sintomas físicos relativos à perda, falta de apoio social percebido, mortes repentinas que interfere com a capacidade de assimilação gradual das implicações da perda e a presença de múltiplos eventos estressantes simultâneos.

A convicção de que o luto pode matar não tem sido expressa apenas por poetas, mas também por cientistas. Parkes (idem) relata que, em 1657, o luto era classificado como a quinta causa de morte na Inglaterra e que, em 1835, Benjamin Rush, médico

americano, afirmou que as autópsias dos indivíduos enlutados demonstravam:

[...] congestão e inflamação do coração, com ruptura dos aurículos e ventrículos. A ruptura do coração é uma situação muito rara mas, quando ocorre, é causada por trombose coronária, (apud PARKES, idem, p. 34).

Mesmo havendo evidências de que alguém morreu abruptamente de doença cardíaca, após a perda do cônjuge, não há provas de que o luto, em si, tenha sido a causa da morte. Não se pode afirmar que a pessoa teria morrido da mesma causa se não tivesse passado pela experiência da perda (STROEBE; STROEBE, 1987; PARKES, 1998).

Estudo realizado por O'Connor, Allen e Kaszniak (2002) investigou a psicofisiologia dos indivíduos enlutados, dos deprimidos e dos indivíduos controle. Demonstrou que os indivíduos enlutados são caracterizados por aumento significativo da frequência cardíaca, quando comparados com os deprimidos ou com os participantes-controle. Porém, no grupo dos enlutados, os indivíduos com maior nível de depressão demonstraram menor variação do batimento cardíaco.

Esse estudo sugeriu que diferenças na frequência cardíaca e na sua variação poderiam estar associadas ao aumento de mortes por problemas cardiovasculares em indivíduos enlutados, conhecido como Síndrome do Coração Partido. Essas diferenças fisiológicas têm implicações potenciais tanto para a saúde mental quanto para a saúde física do enlutado. Esse foi o primeiro estudo que examinou as diferenças da psicofisiologia¹ autonômica² entre os indivíduos deprimidos e enlutados. Os resultados demonstraram que os indivíduos enlutados apresentaram significativo aumento na

¹ Psicofisiologia: S.f. Estudo científico das relações entre a atividade fisiológica e o psiquismo. Novo Dicionário Aurélio Buarque de Holanda: Ferreira, 2004, p.1653.

² Autonômica: Adj. P. us. Autônomo.

Autônomo: Adj.1. Que goza de autonomia; autonômico. 2. Diz-se de qualquer ato vital, o movimento, que se realiza sem intervenção de forças ou agentes externos. ~V. *guiamento* -, *sistema nervoso* -, *trabalhador* – e *veículo* -. S. M. 3. Trabalhador autônomo. Novo Dicionário Aurélio Buarque de Holanda: Ferreira, 2004, p. 233.

freqüência cardíaca quando comparados com os deprimidos ou com os participantes-controle, enquanto que não houve tais diferenças na variação da freqüência cardíaca (O'CONNOR, ALLEN; KASZNIAK, 2002).

Os indivíduos que apresentam estresse emocional tornam-se mais suscetíveis aos efeitos farmacológicos da adrenalina (aumento no batimento cardíaco, aumento da pressão arterial, sudorese fria, palidez, aumento da respiração, etc.). O estresse emocional recorrente torna esses indivíduos mais predispostos ao aumento do batimento cardíaco. Quando comparados aos indivíduos deprimidos (apresentam baixas quantidades de serotonina, devido à depressão) ocorre diminuição das ações da adrenalina no sistema cardiovascular, tornando-os menos suscetíveis a variações do batimento cardíaco (BUSH; MAYER, 1941-1996).

Dessa forma, o grupo dos indivíduos enlutados que apresentou estresse emocional teria maiores variações que o grupo dos deprimidos, com base no perfil dos seus próprios sintomas. Parece haver aumento para o risco de doenças cardíacas no grupo dos enlutados.

O conjunto de fatores resultantes de experiência diária estressante vêm acarretando a incidência de problemas cardíacos, pois indivíduos que passam por esses eventos estão mais vulneráveis à desencadear tal problema. Pode-se afirmar que o luto é fator estressante de grande relevância na vida do enlutado.

Muitos estudos vêm sugerindo o risco elevado de infarto do miocárdio, acidentes e outras doenças após a experiência de eventos de vida estressantes (JONES, 1987).

De acordo com Stroebe (2000), o estresse, associado ao número de práticas de saúde empobrecidas, aumenta o risco de doença coronária. É que indivíduos sob estresse são mais vulneráveis ao consumo de cigarros e álcool, adotam hábitos de dietas irregulares e praticam pouco exercício físico. Desse modo, os eventos estressantes ocorridos no

cotidiano ou o estresse cumulativo, podem ser danosos para a saúde psicológica e física e estão associados comumente ao risco aumentado para patologias ou até para a mortalidade. Dada pesquisa relacionou eventos de vida estressantes à incidência de doenças, mas não conseguiu responder à questão porquê certas experiências psicológicas são estressantes e como o organismo distingue eventos positivos de eventos estressantes.

O impacto do estresse psicossocial pode ser vislumbrado através de duas vertentes: uma via direta, que é o corpo fisiológico, e uma via indireta, que é o comportamento da pessoa. A junção dessas reações do indivíduo sob estresse contribui para o desenvolvimento de saúde prejudicada, associada a outras causas de doença ou afetando a capacidade de resistência do corpo (STROEBE, 2000).

Durante as últimas décadas, houve mudanças significativas nas concepções de saúde e doença acarretadas pela alteração física, mental e social. Nesse diapasão, a saúde psicológica tornou-se força dominante dentro da ciência da saúde, sendo muito influenciada pela teoria psicológica social (STROEBE, *idem*).

A Síndrome do Coração Partido ou o aumento na taxa de morte súbita, devido a problemas cardíacos nos cônjuges enlutados, sugere que a saúde cardíaca é afetada no enlutamento, mas não se sabe se o luto pode provocar a doença ou mesmo agravar uma condição pré-existente. Pode ser que os viúvos ou viúvas tenham hábitos alimentares prejudiciais, fumem mais e isso pode aumentar o risco de trombose da coronária e sabe-se que o estresse altera os batimentos cardíacos, a pressão arterial, o fluxo do sangue pelas artérias coronárias e os constituintes químicos do coração. Qualquer uma dessas alterações pode provocar a instalação de um coágulo em uma artéria coronária já doente e, a partir daí, desencadear trombose coronariana (STROEBE; STROEBE, 1987; PARKES, 1998).

No que tange a Síndrome do Coração Partido não há como constatar indubitavelmente, se o luto é o fator desencadeador de mortes súbitas ou agrava doenças pré-existentes. O que se pode afirmar é que o indivíduo enlutado certamente está mais vulnerável a desencadear alteração cardíaca em decorrência de todo processo estressante que está vivenciando.

2.6 Simbologia do coração

O significado simbólico do coração não pode ser desconsiderado, pois ele está presente nos aspectos emocionais e culturais das doenças cardiovasculares (PORTO, 1998).

O símbolo do coração surgiu há cerca de 6 000 anos na Índia, representado por uma seta transpassando um coração, ilustrado por uma jovem lançando uma seta nos corações de Shiva (Deus Masculino) e de Shakti (Deusa do Amor). Na Grécia, 4 000 anos depois, esse mesmo símbolo apareceu com o nome de Cupido e permanece até os dias de hoje, designado por muitas culturas como a sede do amor. Esse símbolo é demonstrado nos cadernos juvenis, nos cartões postais, nos troncos de árvores (PORTO, *idem*).

Nas mais diversas culturas e ao longo de diferentes momentos históricos, o coração tem sido expressado de diversas formas como símbolo importante para o homem. Na antropologia judaica, por exemplo, o coração simboliza o interior do ser humano (RAMOS, 1990).

No Egito Antigo é considerado o órgão da consciência, isto é, se o morto fosse um homem de bem, o coração estaria leve e seria levado para o mundo dos deuses, contrariamente, ele iria para o mundo das trevas, conforme mencionado no Livro dos

Mortos, onde pode ser encontrada a primeira representação gráfica do coração. Para os egípcios, é no coração humano que o homem pode encontrar o divino, tanto na vida como na morte, é visto como fonte de vida e criação. No induísmo, o coração é o lugar da consciência, isto é, o centro daquilo que o homem realmente é. No Alcorão, o livro sagrado islâmico, a combinação do amor e da inteligência origina a inteligência do coração (RAMOS, 1990).

Na Idade Média, entre os anos 1100 e 1250, surgiu o culto ao coração de Jesus e de Maria, transpondo para esse órgão o local onde nasce e vive a fé em Deus (RAMOS, *idem*; PORTO, 1998). O culto ao Sagrado Coração difundiu-se pelo mundo cristão e transcorre até os dias de hoje. Aspecto significativo do culto é a representação do coração de Maria rodeado por rosas e o de Cristo por uma coroa de espinhos, retratando o mito do herói sacrificado que, através de seu centro ardente e irradiante, denota o caminho do coração como meio para o amor e o conhecimento de si mesmo (RAMOS, *idem*).

O coração é um centro vital e essencial, é o primeiro órgão que nasce e o último que morre; ele tem sido pouco considerado em relação à estruturação da consciência e às teorias do desenvolvimento psicológico. O funcionamento do coração expressa no indivíduo o primeiro sinal de autonomia, na relação do feto com a mãe. A vida é pulsação, movimento, emoção, sentidos primeiramente no coração; pode ser considerado como o símbolo da vinculação com a vida e simboliza universalmente o amor desde o início da história da humanidade (RAMOS, *idem*).

Desse modo, pode-se vislumbrar que o coração não é meramente um órgão de função vital, há todo simbolismo de vinculação com a vida, relacionado intrínseca e popularmente, com o amor e centro da consciência.

2.7 Síndrome do Coração Partido

O comportamento de fuga e o comportamento de luta são fundamentais para a sobrevivência do indivíduo; sincronicamente, o coração acelera e aumenta de volume para sustentar um ou outro tipo de resposta. As reações desencadeadas terão ciclo normal de realização, sendo que, após um certo período, o organismo retomará o seu estado de equilíbrio. Entretanto, se o medo ou outro fator impedir a ação, as alterações cardiológicas serão reprimidas e permanecerão por certo tempo desencadeando estresse para o organismo (RAMOS, 1990).

O estresse parece estar associado a um tipo de cardiopatia, que vem sendo denominada Síndrome do Coração Partido, conhecida cientificamente como acinesia apical transitória. Foi descrita primeiramente pelos japoneses no início dos anos 90 como a Síndrome de Takotsubo, ou Síndrome da armadilha de polvo, devido às suas imagens no cateterismo cardíaco se assemelharem às armadilhas usadas pelos pescadores para apanhar polvos (BOZZA, 2005; MIRANDA, 2007; RAMOS, idem).

Em 2001, foi realizado na Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos, o primeiro estudo avaliando 88 pacientes. Os especialistas concluíram que o estresse emocional repentino pode resultar em severo, porém reversível, enfraquecimento do músculo cardíaco que se assemelha a um ataque cardíaco clássico, denominado cardiomiopatia, conhecida de modo coloquial como Síndrome do Coração Partido. Revelaram que choques emocionais, como a descoberta da morte de um ente querido ou a necessidade de falar em público, podem causar reação parecida com ataque cardíaco. Esse estudo foi divulgado pela Revista Americana de Cardiologia e, após essa primeira publicação, novos casos foram relatados em países do ocidente (WITTSTEIN, 2005).

De acordo com Murray et al. (1933), o adjetivo Coração Partido (adj. *Broken*

Hearted) significa “ter um Coração Partido, ter o espírito aniquilado pelo luto ou pelo desespero”, p. 1124. Wehmeier (2000) descreve a seguinte frase para definir esse termo: “Ele estava com o Coração Partido quando a esposa dele morreu”, p.159. No caso do conceito de Coração Partido, definido como um substantivo (nome *Broken Heart*) pode ser considerado “um sentimento de muita tristeza, especialmente quando você amou quem morreu ou deixou você”, p. 159.

A Síndrome do Coração Partido é marcada por dor no peito, dificuldade para respirar e fluidos no pulmão. Os pacientes são, em geral, diagnosticados de forma errônea como tendo ataque cardíaco, quando, na verdade, sofreram aumento repentino de adrenalina e outros hormônios do estresse que afetaram o coração. Esse fato deve ajudar os clínicos a distinguir entre Síndrome do Coração Partido e ataques cardíacos (WITTSTEIN, 2005).

O diagnóstico da Síndrome do Coração Partido está relacionado principalmente ao quadro orgânico e à característica morfológica do ventrículo, caracterizado por disfunção ventricular esquerda transitória (MIRANDA, 2007; MESQUITA; NÓBREGA, 2005). De acordo com Miranda (idem), a possibilidade de reversão do quadro varia de acordo com o tempo de contração do vaso.

Os pesquisadores da Universidade Johns Hopkins observaram, em vários casos de Síndrome do Coração Partido, prevalência em mulheres de meia-idade ou idade avançada e que essas pacientes tinham traços relativamente diferentes dos casos típicos de ataque cardíaco. Apesar de existirem várias controvérsias a respeito das causas, há consenso entre alguns autores no que diz respeito à recuperação, onde os pacientes que apresentam estresse mostram drástica melhora em seus batimentos cardíacos em poucos dias e têm recuperação completa em duas semanas. Em contraste, a recuperação parcial após ataque cardíaco pode levar semanas ou meses e, freqüentemente, o dano

ao músculo cardíaco é permanente (WITTSTEIN, 2005; MESQUITA; NÓBREGA, 2005; BOZZA, 2005; MIRANDA, 2007).

Vale ressaltar que o lapso temporal para a recuperação completa do coração, citado pelos autores acima mencionados, não possui o condão de refletir inquestionavelmente que esse seja o tempo exato da recuperação, haja vista que em se tratando de sentimentos cada indivíduo reage à perda de maneira única e de acordo com seu próprio tempo.

Apesar de serem raros os casos de mortalidade, a Síndrome causa muito transtorno se não for reconhecida e tratada adequadamente, sobretudo porque a mulher que chega à emergência, tem sinais evidentes de infarto (BOZZA, *idem*).

A despeito da etiologia não estar definida, várias teorias apontam a hipótese da liberação de hormônios adrenalina e noradrenalina nos casos de estresse, que atuam sobre a inervação da ponta do coração, impedindo sua contração (BOZZA, *idem*).

A Síndrome do Coração Partido tem precedência imediata a episódio de estresse físico ou psicológico intenso no qual, de qualquer forma existe um forte quadro emocional antes da aparição dos sintomas clínicos. Os fatores que podem desencadear a Síndrome é a ocorrência de perdas em geral: perda inesperada de um ente querido ou amigo, abuso doméstico, diagnósticos médicos catastróficos, perdas financeiras e situações de extrema angústia (MESQUITA; NÓBREGA, *idem*; WITTSTEIN, *idem*; MIRANDA, *idem*; BOZZA, *idem*).

A pesquisa, realizada por cientistas britânicos do Wellcome Trust Centre for Neuroimaging, descobriu que os responsáveis pelo Coração Partido são áreas mais evoluídas do cérebro, voltadas para o aprendizado, memória e emoções. O estresse pode causar morte devido à parada cardíaca e pode desestabilizar as áreas do cérebro que regulam o ritmo do coração. A pesquisa sugere que o córtex cerebral pode também

ter papel significativo em todo esse processo participando de um círculo vicioso que provoca instabilidade à sua volta (BRIGHTON, 2007).

Como aponta Almeida (2007), o amor e os relacionamentos amorosos são temáticas presentes em nossas vidas e o fim de um romance pode fazer o coração sofrer e debilitá-lo de tal forma que pode ser confundido com ataque cardíaco.

A sensação de pontada no coração pode ser considerada como manifestação amorosa ou infarto. Ambos podem ocorrer de forma simultânea no organismo. Os sintomas podem ser exacerbados em determinadas situações como consequência de evento estressante, solidão, perda de um ente querido ou dificuldades financeiras (RAMOS, 1990).

O termo Coração Partido pode ser considerado metáfora para caracterizar a sensação de decepção amorosa, perda do ente querido, situações de extrema angústia, diagnósticos médicos catastróficos, também sendo seus possíveis desencadeadores. Pode surgir do súbito estresse provocado pela perda juntamente com a incapacidade de elaborar o luto (MESQUITA; NÓBREGA, 2005; WITTSTEIN, 2005).

De modo geral, a Síndrome do Coração Partido ocorre em razão de perdas, e está intrinsecamente ligada a áreas do cérebro mais evoluídas. O sofrimento decorrente de rompimentos de relacionamentos amorosos, que antes exercia função meramente poética, pode ser considerado como a Síndrome e a ausência do ente querido pode ser fator desencadeante.

Sustenta-se a hipótese de que o luto pode afetar a saúde física e que a perda da pessoa amada pode ocasionar a morte do enlutado como resultado da tristeza e angústia provindas da perda (STROEBE; STROEBE, 1987).

No decorrer dos séculos, houve insinuações de que o luto seria fator causal de enfermidade e morte, advindas de fontes diversas. No início do século VIII d.C., nas escritas

do legendário poeta épico Homero, encontra-se a noção de que o luto solitário pode matar. Homero descreveu a visita do viajante Odysseus ao Reino da Morte e o curto encontro com a sua mãe falecida, a qual descreveu a ele o seguinte relato sobre sua própria morte:

Não foram os arqueiros de olhos afiados procurando-me em nossa casa e matando-me com suas flechas gentis. Também não fui atacada por qualquer uma das doenças malignas que fazem o corpo se esvair e morrer. Não, foi minha dor no coração por você, meu glorioso Odysseus, e por seus sábios e gentis modos que trouxeram minha vida e toda a doçura a um fim, (A Odisséia, livro XI, O livro da morte, p. 1 apud Stroebe e Stroebe, idem).

Quando se afirma que as questões emocionais estão relacionadas a uma patologia, refere-se que essas emoções podem acompanhar as doenças quer como causa, como agravante ou como consequência (BALLONE, 2003).

Apesar de alguns estudos controversos, é cada vez mais consensual que os eventos psíquicos podem modificar a história natural da doença coronariana. Atualmente, sabe-se que os fatores psicológicos podem predispor e precipitar os seguintes distúrbios: transtornos do ritmo, arritmias cardíacas, arteriopatia coronariana, estresse que pode influenciar no surgimento de arteriosclerose, hipertensão arterial, e ainda o papel dos fatores psicossociais ou do estresse no desenvolvimento da hipertensão, infarto do miocárdio e/ou a morte súbita (BALLONE, idem).

Pode-se afirmar distúrbios emocionais como geradores ou agravantes de patologias cardíacas, fatos estes que historicamente eram apenas insinuações e relatos, atualmente são pesquisados e apontados nos estudos de diversos autores, conforme já fora demonstrado. Diante disso, é indubitável a necessidade de profissionais de saúde avaliarem de maneira cada vez mais peculiar todo o histórico emocional do paciente.

Tendo em vista que os cardiologistas e clínicos, em geral, são os profissionais que têm o primeiro contato com os pacientes que apresentam queixa emocional e psíquica, e somatizam para o sistema cardiocirculatório, faz-se necessário mudança de postura, a fim de se realizar tratamento ou encaminhamento adequado, caso seja necessário, evitando, por exemplo, que o paciente faça exames desnecessários (BALLONE, 2003).

De um modo geral e em graus variáveis, o sistema cardiovascular sofre influências das situações de estresse. Assim sendo, o sistema cardiovascular é sensível às emoções. A vulnerabilidade, que têm alguns indivíduos ao comprometimento patológico das emoções sobre o coração, denota existência prévia de fatores constitucionais. De modo inverso, pode ocorrer também de a pessoa apresentar um distúrbio orgânico cardíaco instaurado e as emoções atuarem como agravantes no caso de paciente psicossomático (BALLONE, *idem*).

Pode-se afirmar que há emoções que geram experiência agradável tais como a alegria, a felicidade ou o amor que potencializam a saúde, enquanto que há emoções que produzem experiência emocional desagradável tais como a ansiedade, raiva e tristeza que tendem a comprometer a saúde (BALLONE, *idem*; RAMOS, 1990). No caso do luto, a emoção, para a maioria dos viúvos, segue um curso angustiante, porém, normal; para outros, os efeitos podem de fato ser devastadores (STROEBE; STROEBE, 1987).

Dahlke (1996), em seu livro *As Doenças Cardíacas e a Psicologia do Coração Partido*, descreve o significado simbólico e espiritual subjacente às diversas condições cardíacas. Observa que Coração Partido pode afetar a gênese de muitos problemas físicos do coração, isto é, a dificuldade de lidar com os sentimentos pode interferir significativamente no funcionamento saudável do coração.

É imprescindível que os profissionais tenham conhecimento das reações e dos sintomas característicos do processo de luto, uma vez que a utilização de medicamentos

desnecessários podem causar danos aos pacientes e, postergar sofrimento indubitável.

Por isso, torna-se relevante que os médicos tenham conhecimento dessa Síndrome, especialmente cardiologistas e emergencistas para que considerem, na sua prática cotidiana, que os processos emocionais podem participar dos complexos mecanismos envolvidos na fisiopatologia das doenças cardiovasculares (MESQUITA; NÓBREGA, 2005; BOZZA, 2005; MIRANDA, 2007).

Resta-nos salientar a importância de orientar cardiologistas e demais profissionais da área de saúde sobre a existência da Síndrome do Coração Partido e dos sintomas decorrentes da mesma, uma vez que esta pode afetar a vida do enlutado. O profissional de saúde especialista em luto é o mais indicado, tanto para orientação dos profissionais quanto para avaliação efetiva do paciente.

Capítulo 3

OBJETIVO

Capítulo 3

OBJETIVO

3 OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo compreender o processo do luto em uma viúva que apresentou sintomas cardíacos, sem a presença de causa orgânica, no período de um ano e seis meses após a perda do cônjuge.

Capítulo 4

MÉTODO

Capítulo 4

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Considerações éticas

A presente pesquisa atende a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que está pautada na Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, Resolução nº 043/2007.

Pode-se destacar como os principais aspectos éticos da pesquisa: o Consentimento Livre e Esclarecido dos indivíduos em estudo (autonomia), garantia de que danos físicos, emocionais, ou de qualquer outro tipo serão, evitados (não maleficência), procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade (protegendo a identidade) dos envolvidos, liberdade dos sujeitos de se recusarem a participar em qualquer momento do estudo e respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos bem como aos hábitos e costumes dos envolvidos.

Informou-se à participante que o procedimento seria gravado em áudio, garantindo-se o sigilo sobre as informações obtidas e que sua privacidade seria preservada. O procedimento para obtenção de informação foi organizado de forma a não causar desconforto físico ou psicológico, sendo assegurada à participante a possibilidade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, se isso fosse de sua vontade. Além disso, foi esclarecido que as informações seriam utilizadas para a elaboração de dissertação de mestrado e apresentação em publicações e/ou eventos científicos. Caso fosse necessário, seria oferecido atendimento psicológico sem qualquer ônus à participante.

A participante foi solicitada a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

4.2 Pesquisa qualitativa

O estudo se caracterizou como pesquisa qualitativa, de forma que esse procedimento permitiu a análise das características das pessoas e grupos, e que a singularidade de cada elemento fosse conhecida.

A pesquisa qualitativa busca a compreensão do fenômeno, ou seja, aquilo que se mostra e que se situa num determinado tempo para alguém. Assim, o significado foi atribuído pela pessoa que vivencia o fenômeno e cada elemento constrói significados para suas experiências. A maneira como a pessoa vivencia e se adapta aos eventos que ocorrem é única e particular (MARTINS; BICUDO, 1994). Neste estudo sobre viuvez, buscou-se conhecer os significados que a participante construiu para sua experiência e como esses significados se relacionaram com sua condição orgânica.

Nessa abordagem, o pesquisador deve, preliminarmente, despojar-se de preconceitos e predisposições para assumir atitude aberta naquilo que observa, sem adiantar explicações nem se conduzir pelas aparências imediatas, com o objetivo de compreender, de forma global, os fenômenos observados (CHIZZOTTI, 1991-2005). Essa compreensão é importante para captar as percepções, emoções e interpretações dos participantes em seu contexto, uma vez que busca o sentido e o significado da experiência vivida pelos mesmos. O pesquisador deve manter conduta atuante, experienciar o espaço e o tempo vivido pelos participantes, objetivando reconstituir o sentido para a experiência, fazendo novas articulações dos dados colhidos e dos conhecimentos produzidos (CHIZZOTTI, *idem*).

4.3 Participante

O critério utilizado para a inclusão da participante nesta pesquisa foi ter perdido o cônjuge por morte no período de um ano e seis meses, e que, após a sua morte,

passou a apresentar alguns sintomas cardíacos, tais como angina (dor no peito), palpitações (coração disparado), dispnéia (falta de ar), pressão alta, tremores. Os sintomas cardíacos³ apresentados pela participante não foram relacionados a Cardiopatia⁴, uma vez que o exame clínico não apresentava doença fisiopatológica.

A participante, identificada no trabalho como M, para preservar o anonimato, tem 53 anos, estudou até a 4ª série do ensino fundamental, frequenta a Igreja Evangélica da Comunidade Cristã Pentecostal. Tem três filhos, sendo um filho de 28 anos que está casado, uma filha de 32 anos e um filho de 22 anos, ambos moram com a participante. Perdeu o cônjuge há um ano e cinco meses de infarto do miocárdio, na época ele estava com 52 anos.

A participante tinha relacionamento heterossexual estável com seu cônjuge de, no mínimo, dois anos de duração, período necessário para se formar o vínculo de apego adulto (BOWLBY, 1969-2002; HAZAN; ZEIFMAN, 1994). A formação do vínculo de apego é importante, pois, como foi ressaltado, o luto existe apenas quando houver um vínculo que tenha sido rompido (BROMBERG, 1996). Assim, quanto maior o vínculo, maior a dor do rompimento (BROMBERG, 1996; BOWLBY, 1973-2004).

O fato de os filhos começarem a sair de casa, demarca, de forma geral, a passagem da família para a fase madura do ciclo vital, apontando a necessidade de pais e filhos darem novos significados às relações. A família adquire novos significados, desafios e expectativas. Portanto, esse é o momento favorável para a reflexão e a avaliação do que foi sua história conjugal e qual o significado que essa possui nas suas vidas (OLIVEIRA; CERVENY, 2002).

Viúvas e viúvos idosos foram excluídos, pois o luto é considerado, nessa idade, fenômeno muito diferente do luto de pessoas mais jovens, uma vez que, na idade avançada, além do luto em si, ocorre multiplicidade de perdas (PARKES, 1998). Foram

³ Os sintomas cardíacos são considerados segundo os critérios da prática médica.

⁴ Cardiopatia: qualquer processo ou doença do coração. Dicionário Médico: Blakiston, 1990, p.187.

excluídas também pessoas que perderam seus cônjuges por homicídio ou suicídio. A própria violência desse tipo de morte pode causar impacto suficientemente forte no enlutado. Nesse caso, seria difícil distinguir um possível sintoma cardíaco pelo impacto da violência ou pelo impacto da morte em si.

A participante deste estudo foi previamente selecionada por médico cardiologista, no consultório, pois satisfaz os critérios propostos para a escolha da amostra e mostrou disposição para participar, então, foi solicitado, pelo médico, que deixasse número de telefone para que fosse contatada.

A partir de então, a pesquisadora realizou o primeiro contato com a participante, via telefone, quando foi explicado sobre a entrevista e sugerida a possibilidade de agendá-la. A mesma foi bastante solícita, oferecendo sua residência para um primeiro encontro. No dia anterior à entrevista, a participante ligou e pediu para desmarcar, pois receberia visitas em sua casa. Foi marcado um segundo encontro. Nesse, a participante não compareceu e não comunicou o motivo. O contato foi retornado e ela disse que sua sogra havia morrido no dia combinado e, por isso, não pôde comparecer. Foi marcado um novo encontro, sendo que, nesse a participante preferiu agendar no consultório da pesquisadora, onde foi realizada a entrevista.

4.4 Procedimento de coleta de dados

O médico cardiologista encaminhou somente essa participante que foi atendida no seu consultório por meio de um convênio para pessoas com baixo poder aquisitivo. Num período curto de consulta, o médico percebeu que a participante preenchia todos os critérios para a pesquisa, talvez porque ela realmente tenha chamado a atenção.

No presente estudo, foi adotado como principal instrumento de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, direcionada fundamentalmente ao processo de luto da

viúva.

Em ambiente reservado de consultório, solicitou-se à participante que preenchesse uma ficha que incluía seus dados pessoais (ficha de identificação do entrevistado, Anexo B). Em seguida, a participante respondeu roteiro semidirigido, sobre como estava vivenciando seu processo de luto. Assim, sintomas psicológicos e/ou físicos, condições de saúde antes da morte do cônjuge, construções de redes de apoio social, religiosidade e perspectivas traçadas para a sua vida foram as questões norteadoras da entrevista que durou aproximadamente uma hora e quinze minutos.

No final da entrevista a participante poderia tecer algum comentário, acrescentar algo que considerasse importante relatar naquele momento. O procedimento aplicado foi selecionado de forma a possibilitar um diálogo mais livre e dinâmico, permitindo assim novos questionamentos. A entrevista (Anexo C) mostra o conteúdo abordado durante a mesma.

A entrevista foi gravada em fita de audiocassete, após autorização por escrito da entrevistada (Anexo A, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), de modo a cumprir as normas éticas previstas na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde, sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. Após a gravação, a entrevista foi transcrita na íntegra, uma vez que todas as palavras, lapsos, hesitações, expressões, gestos, foram centrais para a análise do estudo.

4.5 Análise dos dados

Após a transcrição da entrevista, foi realizada análise de conteúdo dos dados coletados. De acordo com Bardin (1970-1995), análise de conteúdo é definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 42).

A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplica a discursos extremamente diversificados. Seu objetivo consiste na manipulação de mensagens (expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem (BARDIN, 1970-1995). Divide-se em dois tipos: qualitativa e quantitativa. A característica da análise qualitativa é a inferência ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem etc.) e, com base nisso, descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, enquanto que, na análise quantitativa, o determinante é a frequência com que o índice se apresenta no discurso.

A análise dos materiais qualitativos começa com busca dos temas. Essa análise temática procura por conteúdos que emergem em relação a outras variáveis. É dessa forma que as categorizações serão construídas, de modo que a comunicação do indivíduo enlutado possa ser cuidadosamente interpretada. A análise do conteúdo foi direcionada fundamentalmente ao processo de luto da viúva.

Capítulo 5

APRESENTAÇÃO DE DADOS

Capítulo 5

APRESENTAÇÃO DE DADOS

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O marido de M morreu há um ano e cinco meses, aos 52 anos, vítima de infarto do miocárdio. Desde então, ela resolveu parar de trabalhar como empregada doméstica e começou a cuidar apenas dos afazeres domésticos. Após oito meses da perda, M e seu filho caçula passaram a frequentar a Igreja Evangélica da Comunidade Cristã Pentecostal, da qual seu filho apenas participa esporadicamente.

O contato inicial que M teve com o sistema de saúde foi pelo serviço de emergência do convênio, após um ano e um mês da perda, pelo fato de apresentar dores no peito. Foi atendida pelo médico cardiologista que, desde então, verificou a necessidade de encaminhamento ao consultório para a realização de exames mais específicos. Nos exames de sangue, diabetes e eletrocardiograma, aos quais ela se submeteu, foram identificados diabetes e infecção de urina. Após dois meses, a mesma retornou ao consultório médico devido às dores no peito, foram realizados novamente os exames iniciais e os resultados não apontaram alteração orgânica.

A seguir, a apresentação e a análise de dados é descrita pelos seguintes temas: luto, saúde e família. Esses temas abrangem os aspectos primordiais do processo de luto da viúva estudada.

Luto

A entrevista teve início com a participante relatando que vivenciar a perda do seu marido tem sido muito difícil e que sente muito sua falta. Porém, não vê relação entre a morte dele e o fato dela não estar bem: “eu estou me sentindo muito mal, eu não estou bem, não é pela perda dele”. Relaciona o seu momento aflitivo ao seu filho de 22 anos, o qual tem gerado vários transtornos em decorrência de atualmente ser usuário de entorpecentes. Entretanto, no decorrer da entrevista, o modo como se apresenta

indica que o seu sofrimento se dá em razão da perda do cônjuge e da importância exercida pelo mesmo em sua vida.

O cônjuge exercia a função de químico, trabalhando em um sindicato e viajando praticamente toda semana. Tinha grande relação com o uso de bebidas alcoólicas. Costumava voltar para sua residência normalmente pela madrugada, pois ficava na companhia de sua amante, a qual era de notório conhecimento da família. Outra característica que pode ser observada pela maneira que M descreve o marido era de ele ser pessoa que gostava muito de comemorar datas, por meio de festas e que tinha relações familiares intensas. Em seu velório, houve muitas manifestações e mobilizações de pessoas pertencentes à mesma categoria profissional, inclusive de cidades diferentes. Ele tinha rede social ampla, uma vez que se pode observar que sua morte gerou grande repercussão na sua categoria profissional. As demonstrações de carinho e respeito pelo marido de M foram ainda mais visíveis para a mesma diante do número exacerbado de coroas de flores recebidas, o que gerou ainda mais sentimentos desconexos dentro dela, pela aparente dúvida apresentada de vingança e carinho.

M conta que seu marido convivia com outra mulher há oito anos e que chegava em casa por volta das duas, três horas da manhã por causa de sua amante. A participante diz que se esforça para esquecer: “ele aprontou comigo ... tem vez que eu quero tirar, mas eu não consigo tirar, porque ele aprontou muito”, acrescenta, ainda, “mas eu quero, eu vou esquecer”. Ela comenta que ele jamais admitiu a traição e alegava veemente: “você é louca, não têm ninguém lá fora, mas a gente sabia”. Em relação ao adultério, M demonstra muita raiva e ressentimento e, em contrapartida, sente-se culpada por nutrir esses sentimentos.

M vivencia pesar profundo pelo adultério e, concomitantemente, pela perda do marido. O sentimento vivido é de abandono, porém, espera que, aos poucos, essa

angústia diminua.

Enfatiza que as interações de seu marido consistiam em verdadeiro tormento para ela: “eu tinha que ficar de plantão no hospital porque ela (amante) rodeava para entrar lá ... mas ela ficava para ver se ela conseguia entrar lá dentro, até isso ela fez, fez muita coisa”. Diante dos fatos, fica evidente o intuito dela firmar sua posição de esposa.

A participante demonstrou, em vários momentos da entrevista, a dor que gera a ausência do seu marido: “está sendo duro sim, sem ele”, “eu sinto muita falta dele”, “agora que está sendo duro sem ele, tá”, “não está fácil, não”, “aí acaba sentindo mais a ausência dele”. Nessa passagem, pode-se visualizar, de maneira concreta e indubitável, o forte elo existente entre M e o marido, característico do vínculo de apego.

O vínculo entre a participante e o marido se torna muito nítido quando ela diz: “tá muito difícil”. Em diversos momentos da entrevista a participante afirma a dificuldade para administrar a perda e sua conseqüente ausência e, como se pode verificar, conforme já citado na teoria, somente existe a perda quando existe vínculo. Dessa forma, o marido era a figura de apego na qual apresentava segurança, porém, ela tinha a percepção de algumas ausências nessa relação de apego, fato caracterizador do apego ansioso. Essa é a figura internalizada, a representação que ela fazia do marido era de pessoa presente e apoiadora, em contrapartida com sentimentos ambivalentes.

Ela relata: “mas ele tava aí para me ajudar”. Embora ele desse segurança a ela, também havia a clara percepção das ausências. De um lado, ela percebia que ele cumpria o seu papel de patriarca, exercendo todas as suas funções de “chefe de família”; por outro, ele bebia, voltava muito tarde para casa, tinha amante. Pode-se supor, de acordo com a literatura estudada, que ela deve ter tido, como base, na infância, padrão de apego ansioso. Contudo, os dados dessa pesquisa não permitem afirmar o padrão

de apego da infância. Supõe-se também que esse tipo de reciprocidade estabelecido com o marido não a ajudava na formação de padrão de apego seguro.

M sente-se desamparada diante da ausência do marido, preocupava-se consideravelmente com o seu relacionamento, temia a rejeição e o abandono por parte dele, tanto que relata: "... então ela (a amante) fazia chantagem com ele, agora não sei o tipo de chantagem, né, porque ele tinha que sair correndo". Ficava grande parte de seu tempo requerendo toda atenção e, para isso, tornou-se muito submissa e solícita a ele, deixando de lado suas necessidades em função disso. Ao mesmo tempo que ela almejava relacionamento de confiabilidade havia demonstração de hostilidade, quando ela diz: "ele aprontou muito". Esse padrão ansioso/ambivalente caracteriza-se por comportamentos alternados de busca de proximidade e de hostilidade. Como apontado na doutrina, o relacionamento ambivalente mostra-se como fator preditor de reações problemáticas ao enfrentamento do luto do cônjuge. No caso de M, ela apresenta dificuldades diante do processo da perda. M diz: "agora está sendo duro sem ele, tá, porque é muito difícil...ele estava sempre ali, presente".

Como visto aqui, na parte teórica, no caso do apego ansioso, o luto de M se caracteriza por raiva intensa e auto-recriminação, e permanece por tempo maior que o esperado. Além disso, a perda do cônjuge é considerada situação de crise e tem sido reconhecida como uma das mais estressantes e dolorosas experiências da vida.

M demonstra o quanto ainda sofre as dores do luto, sentindo que não pode suportar a ausência do marido em decorrência da morte. Dessa forma, essa dor vivenciada necessita ser deslocada e, como consequência, passou a sentir dor no peito: "me deu essa dor no peito ... eu acho que é tudo através do nervoso, tudo da emoção que deu, porque eu não tinha". Isso significa que ela não estava suportando emocionalmente a dor da perda, transpondo para a parte física; aparenta que ainda

está vivenciando processo de elaboração da perda. A participante relata que essa dor começou há 4 meses, um mês após o primeiro aniversário do marido, e depois de um ano e um mês que ela estava enlutada.

Pode-se refletir acerca do sintoma como sendo mecanismo de deslocamento, como forma de negação à dor da perda pela viuvez, quando ela direciona o seu sofrimento ao problema com o filho. Esse estresse da participante demonstra vulnerabilidade que pode estar associada ao vínculo de apego estabelecido na infância. É provável que ela tenha tido padrão ansioso na infância. Isso também pode ser traduzido ao se observar a vulnerabilidade psicológica e emocional de M, quando a mesma apresenta sintoma cardíaco sem causa orgânica. Essa vulnerabilidade é determinada, como foi visto na teoria, em grau muito significativo pelos padrões de apego construídos nos primeiros anos de vida.

M conta que o primeiro ano da perda foi muito difícil, mas que, o segundo ano está sendo bem mais complicado: “no primeiro ano ainda estava em choque, agora sinto falta, sinto solidão mesmo”. Havia rede de apoio mais próxima no primeiro ano e a partir do segundo ano do luto as pessoas começaram a se afastar e ela foi se sentindo cada vez mais sozinha. Relata que, no primeiro ano do luto, ela teve muito apoio das pessoas: “o primeiro ano era aquele mundo de gente em casa” e agora as pessoas se afastaram: “agora todo mundo se afastou”. Comenta acerca da solidão que passou a sentir: “sabe, eu estou mais sozinha, então agora que estou sentindo solidão em casa”. M deixa evidenciado que o segundo ano do luto está sendo muito pior, acarretando ainda mais o sentimento de solidão: “o segundo ano que está sendo mais pior”. “Aí, dá uma tristeza, bate uma tristeza, é duro o dia que eu estou sozinha”.

Salienta que teve rede de apoio bem satisfatória no primeiro ano da perda: “eu tive muito apoio, tive apoio da minha advogada, o pessoal que ele trabalhava, eles me

apoiaram muito, as minhas irmãs me apoiaram muito, eu tive um irmão que ficou comigo um ano...então eu tive muito apoio das pessoas”. Passou a freqüentar a Igreja Evangélica há oito meses, onde encontra conforto: “foi muito bom”, “eu estou forte, tem um Deus que fortalece”, o que a tem ajudado consideravelmente. De acordo com o ilustrado na teoria do trabalho, a religião também atua como rede de apoio social favorável para o processo de luto.

De acordo com Bowlby (1973-2004), a maioria das mulheres leva muito tempo para superar a morte do marido e menos da metade apresenta recuperação ao final do primeiro ano. Em geral, a recuperação do bem-estar acontece aproximadamente de dois a três anos após a morte do cônjuge.

A participante relatou que sonha muito com o marido e que na noite anterior à entrevista, teve o seguinte sonho: “eu tive um sonho tão esquisito com ele, só que ele não morava com nós, ele chegou na minha casa e levou todas as minhas coisas, e deixou um bilhete: estive aqui, isso no sonho e daí eu acordei assustada”. Ela acrescenta: “Agora eu não sei o significado disso”. O sonho pode ser entendido como um simbolismo, quando ela diz que ele levou todas as suas coisas, demonstrando que o sonho representa para ela que sua vida tornou-se vazia com a perda do marido, talvez por ela acreditar ser ele quem dava razão à sua vida. Pode-se entender como se tudo que ele preenchesse fosse dela e que essa dependência faz com que ela não perceba a diferença de como ela poderia ser sem ele. Talvez ainda vivencie momentos de negação do luto.

Como aponta Parkes (1998), os sonhos em que o cônjuge aparece vivo representam a percepção da sua presença e, na maioria dos casos, proporcionam sensação de consolo. Parece que é uma forma de chamar, procurar e recuperar a pessoa perdida.

No decorrer da entrevista, M apresentou discurso ambíguo em relação ao seu

estado emocional atual: “é muito difícil, ele fazia tudo, ele viajava, mas ele estava sempre ali, presente, porque ele viajava muito, porque ele era sindicalista, ele era químico”. Apesar da ambigüidade encontrada em alguns trechos da entrevista ela está vivenciando um processo de aceitação da perda, pois se vê com a perspectiva de vida: “agora eu falo, deixa eu levantar, mas não é fácil, não”.

Dessa forma, não é apenas pela perda do cônjuge, mas aparentemente ela parece negar a dimensão da sua presença dando poder a ele quando diz: “ele fazia tudo”, concede valor a ele e, ao mesmo tempo nega esse valor.

M afirma: “eu quero viver de agora pra frente”, “eu quero assim, pôr tudo as coisas em ordem”, embora demonstre um certo medo de não conseguir suportar a perda: “ter bastante força para a gente sobreviver, porque se cair...desistir de tudo, desistir da minha religião, não preocupar mais com nada, não se preocupar mais com ele, é isso aí, não se preocupar com a casa, deixar dívida...”. A ansiedade vivenciada por M é o medo de não ser capaz de cuidar de si mesma e da sua família. Sente que a vida está sendo muito mais complicada e pesarosa com a ausência do marido e ainda se sente muito abandonada. A sensação de desamparo provoca muita angústia.

M diz: “a fisionomia dele não sai, a gente procura, fala dele, mas esquecer a gente não esquece, né”. Parece que ela ainda não elaborou o luto, mas apesar disso se vê dando continuidade à sua vida: “a gente tem que tocar, né, sem ele, porque não é fácil, não”. Isso demonstra o modo como a participante está enfrentando o processo de luto, ela está caminhando para a elaboração, pois, apesar de o marido ter morrido, ela diz que a vida continua e que a sua opção foi continuar a viver. A fala de M demonstra dissociação, quando ela diz que a vida continua, mas a saúde diz que ela não está administrando a ausência do marido.

Saúde

Parece que a aparição do sintoma cardíaco foi a maneira que ela encontrou de “vestir” esse sintoma. Ela aparece com “roupagens”, significando problemas cardíacos, sugerindo a sensação de Coração Partido.

M relata “me deu essa dor no peito...eu fiz exame de sangue, deu diabetes, eu acho que é tudo através do nervoso, tudo da emoção que deu, porque eu não tinha”. A Síndrome do Coração Partido precedeu episódio de estresse físico e psicológico intenso, de qualquer forma existia um quadro emocional antes da aparição dos sintomas clínicos. Nesse caso, o estresse de M foi a perda do cônjuge.

M experiencia sofrimento intenso e atribui o estresse e a dor no peito ao fato de o filho estar usando entorpecentes. Isso está agravando ainda mais, porque ela não consegue lidar com essa situação de perda. Ela afirma “eu não estou bem, não é pela perda dele...mas o que tá dando trabalho é o meu filho caçula”. A ausência do marido torna a questão das drogas mais grave e intensifica a dor da perda, quando ela diz: “ele tava aí para me ajudar, porque o pai ele respeita mais, aí acaba sentindo mais a ausência dele”.

Esse episódio pode ter sido causado devido ao luto do filho. Seria uma hipótese o filho estar usando drogas em razão dessa desestrutura familiar, após a perda do pai. Para a mãe, esse é mais um episódio de estresse que ela isola, mas que, em decorrência de pesquisas realizadas na literatura, pode estar associado com a morte do marido. Para ampliar esse foco, pode-se considerar que a morte do marido está apresentando desdobramentos na situação familiar e provocando sofrimento em cada um dos membros da família. Além disso, a participante não funciona como base segura para os filhos.

Com relação ao sono, M diz: “eu estou muito ruim para dormir mesmo, chega duas, três horas eu estou acordada”. No que diz respeito à alimentação, M relata: “eu já

era de comer pouco e agora eu estou comendo bem mais pouco...alterou mais". M também tem sentido muitas dores de cabeça: "eu tenho muita dor de cabeça...ela voltou a doer sem parar". Como mencionado na teoria, a viúva pode apresentar alterações nos mecanismos fisiológicos, sendo que, no caso de M, vem apresentando insônia, alteração de apetite, dores de cabeça e sintomas cardíacos.

Família

M relata o quanto está sendo difícil ter que organizar a casa: "agora eu sou o homem e a mulher", "eu tenho que fazer tudo o que ele fazia". No caso da criação dos seus filhos, relata que o marido está fazendo muita falta, acredita que ela estaria tendo menos problemas com o seu filho: "o pai, ele respeita mais". M diz que precisou reconstruir sua vida: "eu comecei minha vida de novo", "tive que reorganizar tudo, tive que fazer".

M enfatiza como se sente na sua casa: "aí, dá uma tristeza, bate uma tristeza, bate, bate, é duro, principalmente o dia que eu estou sozinha, eu estou sozinha, aí eu choro, choro, não é fácil, não". Ela relata o seu sentimento quando está em casa: "bate uma tristeza". Como descrito na parte teórica deste trabalho, o fato da enlutada morar com os filhos não ameniza substancialmente a sua solidão.

A participante comenta sobre a dificuldade para lidar com a nova configuração familiar: "agora esse ano eu não sei como vai ser, a gente está pensando como vai ser, porque não vai ser fácil", "não tem mais aquele ânimo".

O marido desempenhava o papel de mantenedor da casa: "é muito difícil, ele fazia tudo". M descreveu como a presença do seu marido lhe dava sensação de segurança e conforto no trato com o seu filho e que, com a sua morte, passou a ter problemas com a sua educação, pois não tinha o marido para ajudá-la nas dificuldades do cotidiano e na educação do seu filho.

A perda trouxe desorganização familiar, mudou a configuração da família, o pai era quem supria a autoridade hierárquica, esse lugar parece que ficou vago como regra de organização familiar, talvez ele fosse a pessoa que postulava o que era certo e errado. Porém, como descrito na literatura estudada, é a partir dessa fase de desorganização e desespero que pode ter início a fase de organização, sendo necessário adotar alguns papéis aos quais a enlutada não estava habituada e adquirir novas habilidades, pois é muito difícil para ela retomar a vida social, mesmo em nível superficial.

Houve mudança na rotina de vida da participante após a perda do marido. Ela deixou seu emprego e passou a trabalhar em casa: “eu estou trabalhando em casa, eu parei de trabalhar, aí eu comecei a receber a pensão dele”. O fato dela não precisar mais trabalhar porque passou a receber pensão do marido, é mudança importante na medida em que a necessidade do trabalho, por questões financeiras, cessou e por outro lado gera tempo ocioso que, eventualmente, pode causar dificuldades no sentido de preencher esse tempo, dá margem à acentuação de sensação de vazio e de isolamento. Ela teve que se reorganizar de acordo com as circunstâncias da perda.

Com relação às questões financeiras referentes à morte do marido, M teve apoio considerável do sindicato no qual o seu marido trabalhava: “o pessoal do sindicato, então tomou providência de tudo, pagou tudo”. Assim, ela não precisou se preocupar com questões burocráticas e práticas.

M relata que a sua filha se referiu à experiência da notícia da morte do pai como um choque: “aí ela falou, o que aconteceu foi que meu pai morreu, aí foi um choque né”. M também se sentiu chocada e incapaz de aceitar a notícia, ficando tensa e apreensiva: “sei que eu não vi mais nada só sei que quando eu vi eu estava na minha casa já”, representa esse estado de choque e confusão. A literatura aponta que há consenso entre os estudos de que o choque é a primeira reação diante da notícia da morte de um

ente querido e que, no caso da morte súbita e inesperada, essa reação será acentuada.

De acordo com M o filho de 22 anos está fazendo uso de droga e está em companhia com pessoas que utilizam da mesma substância, isso começou aproximadamente um ano após a morte do pai. Ademais, não consegue emprego e sai praticamente todas as noites, retornando à sua casa somente pela madrugada. Por outro lado, a filha fica exigindo uma atitude de M em relação ao seu irmão parar com o uso de drogas. O filho de 28 anos não conversava com o pai há 3 anos, pois presenciou o pai com a amante. M diz que ele se arrepende muito por não estar conversando com o pai na época que ele morreu.

Quando M comenta que seu filho não se relacionava com o pai há três anos, pode-se vislumbrar o sentimento de culpa desse filho e colocar a possibilidade de que esse pai morreu numa época de rompimento, durante o conflito. Portanto, ele perdeu o pai num momento em que não conversavam e agora não há como reparar essa situação.

No que tange às datas comemorativas, M diz: “é pesado”, “esse ano o aniversário dele....foi aquela choradeira”. Enfatiza que foi o primeiro aniversário em que ele estava ausente e que ele gostava de comemorar: “ele adorava comemorar”. Outra data marcante para essa família é o Ano Novo, sendo que era o marido que unia a família: “ele fazia questão de estar todo mundo junto, era só nós em casa, era eu, ele, os três e ultimamente nos últimos 6 anos, a minha neta e a minha nora, e era só nós”, dessa forma, esse Ano Novo foi muito difícil: “esse ano que passou foi pesado, pesado mesmo”. Como o marido era uma pessoa sociável, as celebrações nessa família tinham papel importante.

A participante diz ainda que o seu marido desempenhava o papel de unir a família em todas as datas comemorativas, sendo ele o responsável por esses encontros familiares, além de promover a descontração do ambiente, propiciando alegria e prazer: “porque ele gostava, era a noite inteira fazendo bagunça”. Com a morte do marido,

nota-se que a família se desestruturou, não há sentido nas comemorações. A família tinha certos rituais que a unia e ficou fragilizada pela falta desses rituais que se davam com a presença do marido. Este desempenhava papel sedutor na união familiar. A festa de final de ano, por exemplo, foi diferente sem o marido porque era ele quem a promovia. O Ano Novo é data social culturalmente reconhecida. Assim, as primeiras vivências das datas comemorativas sem a presença do cônjuge promoveram processo muito doloroso para a enlutada e para sua família.

Pode-se considerar que houve perdas secundárias nessa família, além da perda afetiva. Perdas essas que estão se somando e que podem estar contribuindo para o aparecimento do sintoma cardíaco de M. Ela comenta, por exemplo, a intenção de sua filha mudar de residência, saindo da casa que sempre morou com a família. Houve perda de significados, simbolizando a situação da família após a morte do marido e pai.

É importante observar que a participante começou a apresentar sintomas físicos após um ano e um mês da perda, quando passou a não receber mais tanta visita, a rede de apoio ficou mais enfraquecida e a vivência das datas comemorativas passou a ocorrer, o que intensificou suas emoções. Portanto, não é o tempo cronológico que prevalece, mas quando a pessoa se depara com as datas importantes, e como, no primeiro ano, a participante não vivenciou tantas datas comemorativas, isso pode ter minimizado o impacto inicial da perda.

A tendência é que a dor do luto tende a diminuir com o passar do tempo e que, de certa forma, há um Coração Partido agora pelo esvaziamento das relações: ela está perdendo esse apoio mais próximo e a sociedade também exige do enlutado a sua melhora. Fica evidenciado que o luto sobressaiu mais a partir do segundo ano em decorrência dos fatos apontados na entrevista.

De maneira geral, as reações de luto de M indicam que ela está em processo de

transformação, há esforço em direção da aceitação da perda e reconhecimento da capacidade de cuidar da sua própria vida, apesar da dor e sofrimento que sente pela perda do cônjuge. Ela relata que a sua vida tem que continuar e tenta investir no relacionamento interpessoal e nas atividades cotidianas.

Capítulo 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Capítulo 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi compreender o processo do luto em uma viúva que apresentou sintomas cardíacos sem causa orgânica, após a perda do cônjuge. Ao longo do processo de luto dessa viúva, pode-se observar as diversas manifestações psicológicas e físicas expressadas devido à dor emocional que afetaram sua saúde física e mental, dentre elas solidão, tensão, ansiedade, tristeza, crises de choro, culpa, raiva, hostilidade, dificuldade em reorganizar as questões práticas, distúrbios do sono e do apetite, dores de cabeça e sintomas cardíacos.

O estudo mostrou que a viúva experienciou dor psicológica muito intensa, desencadeada após a perda do cônjuge, que pode ser caracterizada como Síndrome do Coração Partido. O sofrimento psíquico levou a participante a apresentar sintomas cardíacos que se assemelham ao infarto do miocárdio. Além disso, a perda propiciou desdobramentos em sua estrutura familiar.

O coração é considerado centro da vida. Com base nas observações dessa participante, os sintomas cardíacos apresentado pela mesma, indicam que o marido era a figura central de sua vida.

A Síndrome do Coração Partido é apontada nesse trabalho como metáfora, uma vez que a participante não apresenta alterações orgânicas, e sim sintomatologia cardíaca que pode ser percebida como simbologia do sofrimento psicológico desencadeado pelos fatores inter-relacionados à viuvez.

Conforme foi observado na entrevista, pode-se afirmar que o interesse na busca de ajuda profissional surgiu da necessidade vislumbrada pela própria participante, o que somente faz reafirmar o que fora observado na literatura apontada. Ademais, mister se faz ressaltar que os profissionais os quais atenderam a participante apenas atentaram para a sintomatologia física, ignorando os aspectos emocionais que envolviam a mesma.

O profissional não conseguiu visualizar a relação causal entre o sintoma cardíaco apresentado e o fato de a participante estar inserida no processo de luto e, em consequência disso, não houve respaldo para a sua dor, intensificando a solidão.

Portanto, a participante relata não ter encontrado acolhimento nos profissionais de saúde com relação ao seu sofrimento. Os profissionais devem ficar atentos para distinguir entre um quadro orgânico e a Síndrome do Coração Partido que acomete indivíduos enlutados, no sentido de direcionar esse enlutado para profissional especializado em luto, caso seja necessário.

A participante não traz apenas a constatação de que não há alteração orgânica, apesar dos sintomas aparentes, mas traz conjuntamente a vivência da dor em decorrência do processo de enlutamento, ao qual deveria ser dada maior atenção e importância. Talvez o fato de ela demonstrar a sua dor como linguagem indireta, também dificulte a análise do profissional da área médica. A tendência do médico é ter uma escuta direta, focada nos aspectos clínicos apresentados pelo paciente, porém, se houvesse escuta indireta e um maior preparo com relação aos efeitos do luto por parte desse profissional, indubitavelmente, observaria o enlutamento. Nesse caso, o profissional de saúde teria papel imprescindível para atentar aos detalhes do discurso do enlutado, associando diversamente ao que está ocorrendo, como é o caso da participante, quando ela relata que não está bem em decorrência dos problemas que o filho vem apresentando, descartando, assim, a relação com a perda do marido.

A condição de enfrentamento da participante salienta emoções que ainda trazem dores emocionais, bem como grau muito elevado de insegurança/ambivalência quando da necessidade de realizar escolhas, mesmo que essas sejam de menor importância. As decisões tomadas entram em confronto com a realidade da perda e há, ainda, maior dificuldade, pois se distancia efetivamente do papel que a viúva representava. Aos

poucos parece estar ocorrendo a desassociação da figura do cônjuge falecido.

Os papéis sociais de M tiveram que ser reorganizados em função da perda. A enlutada apresentou dificuldades para lidar com as questões financeiras, familiares, *status* social e rede de apoio. Ressaltou a alteração da condição civil, perdeu-se o companheiro para as mais diversas atividades cotidianas, a autoridade familiar e ainda todo vínculo construído como casal. Como visto na literatura, a participante ainda estava vivenciando intensamente o processo de luto quando a sua rede de apoio tornou-se enfraquecida, fatores esses que ocasionaram a ausência do sentido da vida e ainda o vazio que fora gerado. A perda alterou bruscamente os padrões interativos que faziam parte do seu cotidiano, implicando na reorganização familiar e em desafios que foram vivenciados como forma de adaptação dos membros familiares.

A crise familiar que fora gerada advém da necessidade de permanecer realizando alguns papéis anteriormente assumidos, com o agravante do luto de todos os membros da família e do seu específico. Porém, apenas consegue-se vislumbrar melhora relativa em relação à reorganização familiar a partir do momento em que haja a construção de nova identidade, em decorrência da situação vivenciada, identidade particular de cada indivíduo, tendo em vista que as situações necessariamente precisam ser enfrentadas para que ocorra o recomeço da vida dos entes sobreviventes.

Se o sistema familiar do enlutado pode exercer influência sobre o processo de luto a participante mostrou os desdobramentos da perda por meio do realinhamento familiar, por exemplo: pela possibilidade da filha sair de casa, pelo uso de drogas do filho. Enfim, a família está passando por modificações, o que revela dimensão mais ampla envolvendo o contexto familiar.

A rede de apoio social de M tornou-se enfraquecida a partir do segundo ano do luto e foi a partir daí que a participante começou a apresentar sintomas cardíacos. Isso

leva a supor que um dos fatores causadores desses sintomas é justamente o sentimento e a sensação de solidão.

É importante ressaltar que a viuvez deve ser considerada como condição de sofrimento vivenciada no luto e não como patologia. Entretanto, por meio de estudos, fica evidenciado que o processo de enlutamento pode ser fator desencadeador ou agravante de patologias físicas e psíquicas.

O luto conjugal pode ser considerado como um dos eventos de vida mais estressante e perturbador, haja vista que a viuvez acarretou sobrecarga para a enlutada e trouxe desafios adaptativos dolorosos para essa família.

Todavia, o presente trabalho ressalta sua importância quando se vislumbra a possibilidade de oferecer as diretrizes ao profissional da saúde, para que esse possa exercer atendimento mais adequado ao indivíduo enlutado, haja vista a delicadeza peculiar da situação vivenciada pelo mesmo. Espera-se que o profissional encontre nesse estudo a base para conseguir verificar algumas características da viuvez que podem ser cruciais em se tratando de pacientes enlutados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. N. **Teoria do apego**: fundamentos, pesquisas e implicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

AINSWORTH, M. D. S. et al. **Patterns of attachment**: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum 1978.

ALMEIDA, T. **Ciúme romântico e infidelidade amorosa**: incidências e relações entre paulistanos. 2007. 234 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)**. Tradução Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artemed, 2002.

AUTÔNOMICA. In: NOVO dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3. ed. Curitiba: Positivo Editora, 1975-2004. p. 233.

BALLONE, G. J. Psicossomática e cardiologia. **Psiquweb**, 2003. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/cardiologia.html>>. Acesso em: 8 nov. 2007.

_____. Da emoção à lesão. **Psiquweb psiquiatria geral**, 2001. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/raiva.html>>. Acesso em: 8 nov. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1970-1995.

BOZZA, A. A síndrome do coração partido. **Revista Isto É**, 2005. Disponível em: <http://www.incl.rj.saude.gov.br/incl/noticias/isto_e_16052005>. Acesso em: 10 fev. 2008.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. São Paulo: Martins Fontes, 1969-2002. v. 1.

_____. **Apego e perda**. São Paulo: Martins Fontes, 1973-2004. v. 3.

_____. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1982-2006.

_____. **Uma base segura:** aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____. Developmental psychiatry comes of age. **American Journal Psychiatry**, v. 145, n. 1, p. 1-10, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196**. Brasília, DF, 1996.

BRIGHTON, M. G. É possível morrer de coração partido? **Jornal da Mídia**, 2007. Disponível em: <http://jornaldamidia.com.br/noticias/2007/04/13/Especial/E_posssivel_morrer_de_coracao_part.shtml>. Acesso em: 12 fev. 2008.

BROMBERG, M. H. P. F. (Org.). **Vida e morte:** laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

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

BUSH, E. S.; MAYER, S. E. Agonistas e antagonistas dos receptores da serotonina. In: GILMAN, A. G. (Ed). **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana, 1941-1996. Cap. 11, p. 183-194.

CARDIOPATIA. DICIONÁRIO médico Blakiston. São Paulo: Andrei Editora, 1990.

CATALDO NETO, A.; MAJOLA, R. R. O luto normal, o luto patológico e o médico. **Revista de Medicina da PUC-RS**, v. 7, n. 1, p. 1-52, jan./mar. 1997.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002-2004.

CERVENY, C. M. O. **A família como modelo:** desconstruindo a patologia. Campinas: Psy, 1994.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991-2005.

COLLINS, N. L.; READ, S. J. Cognitive representations of attachment: the structure and function of working models. In: BARTHOLOMEW, K.; PERLMAN, D. (Eds.). **Attachment processes in adulthood**. London: Jessica Kingsley Publishers, 1994. Parte 1, v. 5, p. 53-90.

CORAÇÃO PARTIDO. In: THE OXFORD english dictionary. Oxford: University Press, v. 1, A-B, 1933.

DAHLKE R. **Heart-aches, heart disease and the psychology of the broken heart**. US: Bluestar Communications Corporation, 1996.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005.

DEMI, A. S. Death of a spouse. In: KALISH R. A. (Ed.). **Midlife loss: coping strategies**. 1. ed. Califórnia: Sage Publications, 1989. Cap. 8, p. 218-248.

FEENEY, J. A.; NOLLER, P.; CALLAN, V. J. Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. In: BARTHOLOMEW, K.; PERLMAN, D. (Eds.). **Attachment processes in adulthood**. London: Jessica Kingsley Publishers, 1994. Parte 4, v. 5, p. 269-308.

FRANCO, M. H. P. **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2002.

FREUD, S. Luto e melancolia, edição standard. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1917-1976. v. 3.

GRIPPO, A. J.; JOHNSON, A. K. Biological mechanisms in the relationship between depression and heart disease. **Neuroscience e Biobehavioral Reviews**, v. 26, n. 8, p. 941-962, dec. 2002.

HAZAN, C.; ZEIFMAN, D.. Sex and the psychological tether. In: BARTHOLOMEW, K.; PERLMAN, D. (Eds.). **Attachment processes in adulthood**. London: Jessica Kingsley Publishers, 1994. Parte 2, v.5, p. 151-178.

HAZAN, C.; SHAVER, P. Romantic love conceptualized as an attachment process. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 52, n. 3, p. 511-524, 1987.

JONES, D. R. Heart disease mortality following widowhood: some results from the OPCS longitudinal study. Office of population censuses and surveys. **Journal Psychosomatic Research**, v. 31, n. 3, p. 325-333, 1987.

KHIN, N; SUNDERLAND, T. Bereavement in older adults: biological, functional and psychological consequences. **Psychiatric Times**, v. 17, n. 1, 2000.

HOLMES, T. H.; RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatics**, v. 11, n. 2, p. 213-218, 1967.

LINDSTROM, T. C. It ain't necessarily so. Challenging mainstream thinking about bereavement. **Family Community Health**, v. 25, n.1, p. 11-21, 2002.

MADDISON, D. C.; VIOLA, A. The health of widows in the year following bereavement. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 12, p. 297, 1968.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1997.

MESQUITA, C. T.; NÓBREGA, A. C. L. Miocardiopatia adrenérgica: o estresse pode causar uma cardiopatia aguda? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 4, p. 283-284, abr. 2005.

MIRANDA, R. F. A síndrome do coração partido. **Olhar Vital**, 2007. Disponível em: <http://www.olharvital.ufrj.br/2006/index.php?id_edicao=1118%codigo=10>. Acesso em: 13 fev. 2008.

MURREL S. A.; NORRIS F.; HUTCHINGS, G. Distribution and desirability of life events in older adults: population and policy implications. **Journal Community Psychology**, n. 12, p. 301-311, out. 1984.

MUSSELMAN, D. L.; EVANS, D. L.; NEMEROFF, C. B. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. **Archives General Psychiatry**, v. 55, p. 580-592, 1998.

O'CONNOR M. F.; ALLEN, J. J. B.; KASZNIAK, A. W. Autonomic and emotion regulation in bereavement and depression. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 52, p. 183-185, abr. 2002.

OLIVEIRA, A. L.; CERVENY, C. M. O. Visitando a fase de madura. In: CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, Cap. 6, p. 85-126.

OLIVEIRA, C. C. Casamento e viuvez. In: FRANCO, M. H. P. **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2002, Cap. 6, p. 151-171.

OSTERWEIS, M; SOLOMON, F; GREEN, M. (Eds.). **Bereavement: reactions, consequences and care**. Washington: National Academy Press, 1984.

OTT, C.H. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. **Death Studies**, v. 27, p. 249-272, abr. 2003.

PARKES, C. M.; BENJAMI, N. B.; FITZGERALD, R. G. Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. **British Medical Journal**, v. 1, p. 740-743, mar. 1969.

PARKES, C. M. Effects of bereavement on physical and mental health, a study of the medical records of widows. **British Medical Journal**, v. 2, p. 274-279, ago.1964.

_____. The first year of bereavement: a longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. **Psychiatry**, v. 33, p. 444-447, 1970.

_____. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. Tradução de Maria Helena Pereira Franco Bromberg. São Paulo: Summus, 1998.

_____. **Love and Loss: the roots of grief and its complications**. London: Routledge, 2006.

PINCUS, L. **A família e a morte: como enfrentar o luto**. Tradução: Fátima Murad. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974-1989.

PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PRIGERSON H. G.; JACOBS S. C. Caring for bereavement patients: all the doctors just suddenly go. **JAMA**, v. 286, n. 11, p. 1369-1376, set. 2001.

PSICOFISIOLOGIA. In: NOVO dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3. ed. Curitiba: Positivo Editora, 1975-2004. p. 1653.

RAMOS, D. G. **A psique do coração**: uma leitura analítica do seu simbolismo. São Paulo: Cultrix, 1990.

REITE, M.; BOCCIA, M. L. Psysiological aspects of adult attachment. In: SPERLING, M. B.; BERMAN, W. H. **Attachment in adults**: clinical and developmental perspectives. Nova York: Guilford Press, 1994, Cap. 4, p. 98-127.

SABLE, P. Attachment, loss of spouse and grief in elderly adults. **OMEGA**, v. 23, n. 2, p. 129-142, 1991.

SANTOS, S. R. B. **O amor em movimento**: casamento e mudança no apego. 2000. 358 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

SANTOS, S. R. B. **Bate coração**: apego, casamento e recuperação. 2005. 202 f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

SHAPIRO, E. R. **Grief as a family process**: a developmental approach to clinical practice. Nova York: Guilford Press, 1994.

SHEAR, K. et al. Treatment of complicated grief. A randomized controlled trial. **JAMA**, v. 293, n. 21, p. 2601-2608, jun. 2005.

SIMPSON, J. A.; COLLINS, W. A.; TRAN, S.; HAYDON, K. C. Attachment and the experience and expressions of emotions in romantic relationships: a developmental perspective. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 92, n. 2, p. 355-367, fev. 2007.

STROEBE W.; STROEBE, M. S. **Bereavement and health**: the psychological and physical consequences of partner loss. Nova Rochelle: Cambridge University Press, 1987.

STROEBE, M. S. et al. Introduction: concepts and issues in contemporary research on bereavement. In: STROEBE M. S.; HANSSON R.O.; STROEBE, W.; SCHUT, H. (Eds). **Handbook of bereavement research: consequences, coping and care**. Washington: American Psychological Association, 1993-2001, Cap. 1, p. 3-22.

STROEBE, W. Stress and health. In: STROEBE, W.; STROEBE, M. S. **Social psychology and health**. Buckingham: Open University Press, 2000, Cap. 6, p. 171-200.

UNGAR, L.; FLORIAN, V. What helps middle-aged widows with their psychological and social adaptation several years after their loss? **Death Studies**, v. 28, n. 7, p. 621-642, set. 2004.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. Tradução de Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WEISS, R. S. Attachment bond in childhood and adulthood. In: PARKES, C.; STEVENSON-HINDE, J.; MARRIS, E. P. (Eds.). **Attachment across the life cycle**. Nova York: Routledge, 1991. Cap. 4, p. 66-76.

WINDHOLZ, M. J.; MARMAR, C. R.; HOROWITZ M. J. A review on the research in conjugal bereavement: impact on health and efficacy of intervention. **Comprehensive Psychiatry**, v. 26, n. 5, p. 433-447, set./out. 1985.

WITTSTEIN, I. The Broken Heart Syndrome: Real, Potentially Deadly but Recovery Quick. **The New England Journal of Medicine**. v. 352, p. 539-548, fev. 2005.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu.....RG.....residente à.....telefone.....autorizo a psicóloga Cristiane Corsini Prizanteli, CRP 63013, a realizar entrevistas gravadas em áudio dos encontros realizados no consultório da pesquisadora para obtenção de informações que fazem parte da pesquisa: Coração Partido: o luto pela perda do cônjuge. Autorizo também que os resultados deste trabalho sejam utilizados como instrumento de pesquisa de Mestrado, realizado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) em Psicologia Clínica – Núcleo de Família e Comunidade, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco.

As informações obtidas serão utilizadas com ética na elaboração de trabalho científico, e poderão ser utilizadas para publicação em meios acadêmicos e científicos. Meu nome não será utilizado nos documentos pertencentes a este estudo e a confidencialidade dos meus registros será garantida.

Se, em qualquer momento, não for de meu interesse continuar participando da pesquisa, esta autorização perde a validade.

Desse modo, concordo em participar do estudo e cooperar com a pesquisadora.

Ribeirão Preto,...../...../.....

Participante

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Cristiane Corsini Prizanteli
Psicóloga - CRP 63013
Tel.: (16) 3931 - 4989

Anexo B

Ficha de informação do entrevistado

Dados pessoais de identificação do entrevistado

- Nome completo: MFA
- Sexo: feminino
- Data de nascimento: 24.10.1954
- Idade em anos completos: 53
- Naturalidade: brasileira
- Grau de escolaridade: 4ª série
- Profissão: do lar
- Atividades de lazer: ir à Igreja Evangélica da Comunidade Cristã Pentecostal
- Religião: evangélica
- Com quem mora: filha 32 anos e filho 22 anos e tem um filho casado de 28 anos que não mora com a participante.
- Há quanto tempo o cônjuge faleceu? 1 ano e 5 meses
- Natureza/tipo de morte: infarto
- Idade do cônjuge quando faleceu: 52 anos

Anexo C**Entrevista**

E: Entrevistadora

P: Participante

E: Como você está se sentindo atualmente?

P: Na verdade eu estou me sentindo muito mal, eu não estou bem, não é pela perda dele, pra ser sincera para você, assim eu senti, tá sendo duro sim, sem ele, mas o que tá me dando trabalho é o meu filho caçula, ele não arruma emprego, ele anda com umas pessoas que não são pessoas direitas, sabe e a gente tá com medo dele tá envolvendo com essas pessoas, essas pessoas mexe com droga, então o que está me machucando é isso, então a gente fica assim sabe, a menina do meio que é a mais velha ela me cobra muito e isso daí está acabando comigo pra ser bastante sincera.

E: E isso tá acontecendo...

P: Isso tá acontecendo desde o começo do ano, a gente achou nas coisas dele droga, a gente acha que ele tá fumando, a minha filha acha que ele tá vendendo, mas a gente procura, procura, não acha, ele sai muito para rua, só volta no outro dia, então tá assim a situação, eu passo muito mal nessa situação, que aí eu sinto muita falta dele, porque se ele tivesse presente não tava acontecendo isso aí, poderia até acontecer, mas ele tava aí para me ajudar, porque o pai ele respeita mais, então estou assim nessa situação, aí acaba sentindo mais a ausência dele, aí eu fico sem dormir, aí eu sonho muito com ele, eu sonho vejo ele, aí ele some, que nem para amanhecer ontem eu tive um sonho tão esquisito com ele, só que ele não morava com nós, ele chegou na minha casa e levou todas as minhas coisas, e deixou um bilhete: estive aqui, isso no sonho e daí eu acordei assustada, levantei, era quatro horas da manhã para amanhecer ontem, então eu estou assim. Agora eu não sei se é alguma coisa que ele veio para me avisar, alguma coisa ele veio no sonho para me avisar, agora eu não sei, o significado disso, agora que está sendo duro sem ele tá, porque é muito difícil, é muito difícil, ele fazia tudo, ele viajava, mas ele estava sempre ali, presente, porque ele viajava muito, porque ele era sindicalista o meu marido, ele era químico meu marido, então ele fazia parte do sindicato dos químicos, então ele viajava muito, ele ia para (cidades do interior do Estado de São Paulo), inclusive ele não morreu aqui em Ribeirão, ele estava (numa cidade do interior de São Paulo).

E: Como que foi?

P: Ele tinha ido, ia ter um seminário lá, o seminário ia abrir na terça-feira às oito horas da manhã, ele saiu daqui na segunda, era seis horas da tarde, e foi para (uma cidade do interior de São Paulo), chegou lá teve um coquetel de abertura, eles ficaram lá no coquetel até duas horas da manhã e foram para o hotel dormir, ele deitou e dormiu, o

companheiro dele estava no quarto, chegou seis e meia chamou ele, ele não levantou, foi tomou banho, e voltou mas o amigo não levantou, foi, mexeu com ele, aí sentiu que ele estava gelado, aí foi aquela correria, aí virou ele e viu que ele estava morto, era seis e meia da manhã.

E: Ele morreu do que?

P: Ele morreu na cama, dormindo, ele não sentiu nada, ele deitou e dormiu, era duas horas da manhã quando eles foram dormir, aí eles foram chamar eles de manhã cedo e ele não respondia, o moço que estava dormindo com ele no quarto, aí chamou, chamou ele não levantou, falou, mas não pode, porque o amigo não levanta, aí pegou e chamou de novo, ele não levantou, aí ele pegou e foi mexer nele, mexeu e ele estava morto já, ele nem sentiu, foi fulminante.

E: E como você recebeu a notícia?

P: A notícia foi assim, aí eles ligaram de lá, o companheiro dele que estava com ele, o outro diretor, porque eles tinham ido em dois diretores, ele e outro diretor, aí aquele sufoco, o diretor já pegou o celular e ligou no sindicato, aí quem atendeu foi a secretária, aí foi aquele sufoco, aí meus filhos estavam em casa, a mais velha e o caçula, como o casado também mora do lado, aí já ligou para o casado e falou para ele, nós estamos indo aí, que temos uma notícia para dar para vocês, você atravessa e vai para a casa da sua mãe que a gente tem uma notícia que não é muito boa não, aí o LH, que é o do meio se trocou e atravessou, aí a minha nora já ficou apavorada também, aí veio, chegou, ficou lá, daí um pouquinho, chamou a L e chamou o D, mas o que está acontecendo LH, o pessoal do sindicato ligou e falou que está subindo aqui, daí um pouquinho o telefone tocou e quis falar com meu irmão, aí falou com meu irmão e passou a notícia para o meu irmão, meu irmão já ficou apavorado mas disfarçou para os meninos não perceberem, daí um pouquinho já chegou um diretor e a esposa dele, eu tinha ido trabalhar, eu não estava em casa, aí chegou em casa entrou, tudo, aí chegaram, aí já perceberam aconteceu alguma coisa com meu pai, aí a L falou P pode falar, não esconde nada, sente aí que eu quero conversar, o P chefe do meu marido, aí o P falou aconteceu isso com o seu pai, seu pai faleceu, a gente precisa ir lá avisar sua mãe, aí eles ficaram tudo desesperados em casa, aí acalmaram eles, aí a L falou não liga lá na minha mãe, não liga no serviço dela, nós vamos sair daqui e vamos buscar ela e foi o que fizeram, aí saíram lá de casa e foram lá me pegar, mas na hora que eles entraram, que ele chegou, que ela apertou a campainha, que eu atendi o telefone, eu falei L, aí eu já fiquei apavorada, que ele corria muito, eu tinha medo de acontecer alguma coisa.

E: Do que você tinha medo de acontecer?

P: Acidente, aí já logo na hora veio, foi acidente, alguma coisa aconteceu com ele, que ela já entrou chorando, eu o que aconteceu, não me esconde nada, A, esposa do P falou senta aqui, a L chorando, não saía a voz também, aí ela falou, o que aconteceu foi que o pai morreu, aí foi um choque né, sei que eu não vi mais nada, só sei que quando eu vi eu estava na minha casa já, aí foi aquela loucura e para liberar o corpo, não tinha

quem fazia autópsia, aí foi ver ele era assegurado, não tinha quem fizesse porque ele era assegurado, aí tinha que esperar o plantão da noite entrar para fazer, aí liberou o corpo nove horas da noite, chegou aqui duas horas da manhã, uma loucura né, então foi uma angústia o dia todo, nossa até chegar aqui, foi uma loucura, uma loucura mesmo.

E: Quem tomou as providências?

P: Eles todos, sabe, eles lá são muito legais, o pessoal do sindicato, então tomou providência de tudo, pagou tudo, não deixou eu pagar nada, sabe eu tinha funerária, então de lá porque a funerária daqui não buscava, aí trouxe de lá eles pagaram tudo, já daqui eles que tomaram providência, aí eu levei para (uma cidade do interior de São Paulo), que a família dele é de lá, eu também era de lá, aí eu quis pôr ele lá junto com o pai dele, agora a mãe dele também está lá junto, aí eu levei ele para lá, mas foi uma loucura.

E: E durante o dia?

P: Durante o dia, nossa doutora do céu, o dia inteiro, aí eu fui embora para casa, cheguei em casa era dez horas porque quando eles foram me avisar já era nove horas, aí me levaram para casa, aí a minha casa foi assim o dia inteiro, aí o pessoal de São Paulo veio, começou vir todo mundo, os amigos porque era muito sindicato e avisaram todo sindicato e amava ele, adora ele, porque tinha muita gente lá (na cidade do interior de São Paulo), o pessoal de Marília estava, o de Presidente Prudente estava lá, o de Guaíra, o pessoal de Araraquara estava lá, tinha o pessoal de Jundiaí que estava, Campinas, São Paulo mesmo e eles vieram tudo para cá, acertaram tudo lá, deixaram tudo pronto para o corpo vir e eles vieram tudo na frente, chegaram aqui três horas da tarde, aí veio meu pai, minha mãe, meus irmãos, que eles moram aqui em Mogi Mirim, meus pais né, minha casa ficou, nossa, olha, aquela fisionomia não acaba, do dia todo, do pessoal o dia todo na minha casa, eu vejo o dia inteiro, eu acordo e eu vejo o dia todo aquela fisionomia do pessoal o dia inteiro na minha casa.

E: E como que fica?

P: Aí, dá uma tristeza, bate uma tristeza, bate, bate, é duro, principalmente o dia que eu estou sozinha, eu estou sozinha, aí eu choro, choro, não é fácil, não.

E: Como que foi a despedida?

P: Foi até engraçado doutora, que a gente viajava muito, eu ia muito com ele, principalmente para São Paulo, para Santos, para Araçatuba várias vezes, para Presidente Prudente, Bauru, eu ia muito, então nunca, foi até engraçado, eu nunca, que eu sempre faço a minha e faço a dele, a minha mala e a mala dele, e ele que pega a dele, e aquele dia eu pus, foi tão engraçado, eu faço sempre, só que eu não ponho dentro do porta-mala, eu nunca pus, todas as vezes que a gente viajava ele pega, pegava a dele e punha a dele e eu pegava a minha e punha a minha e aquele dia eu pus, peguei a mala dele e pus dentro do porta mala, engraçado, ainda meu filho passou e ficou olhando assim né, aí ele falou onde meu pai vai, que o meu filho não conversava

com ele, o do meio não conversava com ele, aí ele olhou assim, depois que o pai dele viajou, ele falou assim para onde o meu pai foi, foi para (cidade do interior de São Paulo), ele baixou a cabeça e não falou nada, foi tipo de uma despedida, né.

E: Como que foi sua despedida?

P: Ele falou tchau, eu falei tchau, ele me deu um abraço, aí eu falei assim, você vem só sexta-feira, ele falou não amanhã eu estou de volta, eu não vou ficar até sexta porque o seminário ia abrir na terça, ia terminar na sexta, só que ele falou assim, não vai abrir amanhã de manhã, à tarde às duas vai abrir a feira, e eu vou vir embora, amanhã lá pelas onze horas eu já estou aqui, ele saiu mesmo onze horas da noite, chegou aqui às duas e meia da manhã, no caixão, foi assim, engraçado, né, a vida é essa.

E: Como vocês estavam?

P: Estava bem, a gente tinha passado uma fase meia, entre uns quatro, cinco anos atrás, a gente tinha passado uma fase, a gente estava brigando muito, mas ultimamente a gente estava bem, foi uma fase de casal mesmo, mas graças a Deus a gente estava bem, só ele com o meu filho que os dois estavam sem conversar, ele faleceu sem os dois conversarem, mas eu acho que isso estava magoando muito ele também, só que o meu filho arrepende, só que agora filho não adianta você arrepender, só que agora, ele não está aqui para ele te perdoar, né, agora é tarde, ele entra lá dentro de casa, ele olha, ele olha as fotos dele, ele vai no meu quarto, ele olha, ele gostava muito de entrar lá no quarto quando meu marido estava dormindo, ele entrava no quarto devagarzinho, ia lá e fazia cocequinha no meu marido, é, ele gostava, agora ele entra lá, fica olhando: o pai não está mais aqui para fazer cocequinha, é isso aí né doutora.

E: É...

E: Como está sendo essa vivência da perda dele?

P: Tá difícil, né. Eu perdi toda a vontade de sair, não tenho vontade de sair, porque você vai nos lugares, você só fica lembrando dele, então eu prefiro ficar mais dentro de casa, fácil não é, porque você tem que fazer o que ele fazia, eu tenho que fazer tudo que ele fazia, então não está fácil, fácil, fácil, não.

E: O que ele fazia que a senhora teve que começar a fazer?

P: Água, luz, telefone, tudo é ele que fazia essa parte, clube era ele que pagava, telefone, água, tudo era ele que ia atrás, ele tinha o serviço de banco que era ele que fazia o serviço de banco do sindicato, então ele já pegava tudo aquilo e ia atrás, agora é tudo eu, eu comecei minha vida de novo, fazer tudo que ele fazia, eu tenho que fazer, que é pagar água, pagar luz, tudo né, tudo isso, ir nos lugares, aparece alguma coisa eu tenho que resolver, ele que resolvia, então não é fácil, agora eu sou o homem e a mulher, mas a gente toca, com força de vontade mas toca, dá para tocar (risos).

E: A senhora começou a reorganizar as coisas....

P: Tive que reorganizar tudo, tive que fazer, deixar não pode deixar porque voltar ele não vai voltar mesmo, é isso aí.

E: Como foi no primeiro ano?

P: Primeiro ano até que não foi muito difícil, eu estou achando agora o segundo mais difícil, é que no primeiro ano ainda eu estava em choque, agora você sente falta mesmo, você está sentindo solidão mesmo, o primeiro ano está aquela coisa, o primeiro ano era aquele mundo de gente em casa, agora todo mundo afastou, então sabe eu estou mais sozinha, então agora que estou sentindo solidão em casa, o segundo ano que está sendo mais pior.

E: E com relação às datas?

P: As datas é, é pesado, chega dia do aniversário, esse ano o aniversário dele, nossa, o da minha neta porque a minha data faz dia 2 e ele dia 10 de março, então foi aquela choradeira, né, ela, nossa, ela chorou o tempo todo na festinha dela, que a gente fez uma festinha para ela, então ela chorou o tempo todo.

E: E a senhora?

P: Ah, eu também né, principalmente a minha menina, o meu caçula não quis nem ir, o caçula não foi, porque para o caçula está sendo, porque ele era muito apegado, ele era muito apegado ao meu marido, ele saía muito com o meu marido, meu marido ia para os lugares, e para ele está difícil, ele não tem vontade das coisas, está passando muitas coisas pela cabeça dele, passa sabe, então a gente fica assim em cima dele, conversando, medo dele fazer alguma coisa, porque ele está com 22 anos, foi o primeiro aniversário dele, porque os dois, o caçula e o do meio fazem, o caçula faz dia 16, a minha nora dia 20 e o marido dela dia 30, que é o do meio, então são três datas assim tudo perto, sabe, aí quando é dia 2 de março é a minha neta e o dia 10 era ele, então são umas datas muito perto, que ele adorava comemorar, então fica, já da menina já é mais longe, que ela é de junho, esse ano também ela não quis nada, não não vai fazer nada, fazia questão de fazer mas ela não quis, ah, não, não tem graça meu pai não está aqui.

E: Teve alguma outra data que também foi difícil para vocês?

P: O Ano Novo porque o Ano Novo ele fazia questão de estar todo mundo juntos, era só nós em casa, era eu, ele, os três e ultimamente os últimos 6 anos a minha neta e a minha nora e era só nós, às vezes vinha algum parente mais dia de ano ele não viajava, Natal ele fazia questão de ir para mãe dele e dia de ano era em casa, às vezes a gente se reunia na minha mãe, mas ele gostava de passear em casa, reunir em casa, então esse ano que passou foi pesado, pesado mesmo.

E: Foi o primeiro Ano Novo....

P: Foi o primeiro Ano Novo. Agora esse ano eu não sei como vai ser, a gente está

pensando como vai ser, porque não vai ser fácil. Ainda porque esse que passou agora meu irmão de Barretos veio passar com a gente, pra gente não passar sozinha, que aí a minha mãe, eles não quiseram vir, porque também estavam muito machucados, né, aí meu irmão de Barretos falou não eu vou para aí e vou passar com você, aí veio e passou comigo, mas não é a mesma coisa, não tem mais aquele ânimo, né, é não tem mais, porque ele gostava, era a noite inteira fazendo bagunça, era o dia inteiro, então ficou muito chato mesmo. Ai, ai. Lá na minha sogra também acabou, agora com a perda dela também, nossa, tô muito triste, tô muito triste mesmo.

E: E com relação às rotinas, como que foi, como está sendo?

P: É, a gente tenta alegrar, a gente tenta, mas a fisionomia dele não sai, a gente procura, fala dele, mas esquece a gente não vai esquecer, né, mas a gente toca, né, fazer o que, a gente tem que tocar sem ele, porque ele foi, a gente tem que tocar, né, sem ele, porque não é fácil, não.

E: Você teve alguma alteração da saúde depois da morte dele?

P: Então, daí apareceu esse, não sei se foi por causa do nervoso, que me deu essa dor no peito, que eu passei com o doutor (cardiologista), eu fiz exame de sangue, deu diabetes, eu acho que é tudo através do nervoso, tudo da emoção que deu, porque eu não tinha diabetes, deu infecção de urina também.

E: E como era essa dor no peito que você tinha?

P: Ah era assim, ela me deu duas vezes já, né, deu a primeira vez que foi ele que me atendeu, depois daí tornou dá.

E: Quando que foi a primeira vez?

P: Da primeira vez está com 4 meses, é está com 4 meses, né, que eu até tive sorte que foi ele que estava de plantão, foi aonde que ele me encaminhou para o consultório dele, daí depois tornou dá e eu fui lá, aí eu voltei lá com ele, daí ele tornou a pedir todos os exames de novo, né, fazer um outro eletro, mas não deu nada, acho que é muita ansiedade, muito nervoso, então por isso é que dá. É que eu passo muita raiva com o meu caçula, não vou mentir, passo mesmo, ele sai para noite, só chega no outro dia, eu fico com medo dele está mexendo com droga, sabe, tudo isso, então a gente fica supernervosa, então enquanto ele não entra dentro de casa eu fico supernervosa.

E: E antes da morte do seu marido você tinha essas dores no peito?

P: Não, nunca me deu, nunca me deu, já me deu *stress*, uma vez eu já entrei em depressão, mas foi controlado e tudo, mas essas dores não, foi a primeira vez que me deu essa dor.

E: E teve mais alguma coisa que te deu com relação à saúde depois da morte dele?

P: Não

E: E com relação à alimentação, sono?

P: O sono é pouco, eu sempre fui ruim mesmo para dormir, eu sempre não dormi, porque ele era boêmio, ele praticamente e o filho está a mesma coisa, né, o filho é a mesma coisa, então acho que é isso, então o marido foi e o filho está entrando também, vai e fica pra rua, a noite toda, sabe e aquilo me incomoda, então eu perco o sono e fico sem dormir, acho que é isso que me dá esse agito de nervoso, que eu fico muito sem dormir.

E: E logo após a perda do seu marido?

P: Também, teve sim, por aí o menino também faz a mesma coisa, sai para a rua, até que agora de uns tempos ele tem dado uma maneirada, de fevereiro para cá ele deu uma boa maneirada de sair à noite, porque ele não tinha dia, era de segunda a segunda, ele saía, era duas três da manhã, isso era todos dias, não trabalha né doutora, então fica na rua, aí a gente foi controlando daí ele deu uma parada, ele está bem controlado, mas chega sábado e domingo, sábado principalmente sábado, hoje é dia, né, hoje ele sai, chega sexta e sábado é dia dele sair, e voltar cinco, cinco e meia da manhã e eu não durmo que eu fico com medo de acontecer alguma coisa, aí eu fico com aquela tensão, aquela tensão e eu não durmo, que eu morro de medo, né, que lá é um bairro que eu vou falar, viu, (bairro da periferia) é um bairro muito carregado, aliás está todo bairro, o duro é que está todo bairro, todo bairro está, então você fica assim naquela coisa, né, enquanto não entra dentro de casa você não dorme, dormir, aí não dorme depois amanhã o dia, não dorme, não dorme porque o sono da noite é o sono da noite, de dia não dorme.

E: E a sua alimentação?

P: Ah, eu como muito pouco.

E: Mas já era assim antes da perda do seu marido?

P: Já, muito pouco mesmo, eu já era de comer pouco e agora eu estou comendo bem mais pouco.

E: Então você já era de comer pouco e dormir pouco, mas você acha que a perda alterou mais?

P: Alterou mais, é, essa complicação com o garoto, que é sair para a rua, então aquilo já vai colocando coisa na cabeça, porque está andando com esses meninos já está usando droga, então a minha filha fica lá tá vendo ele vai atrás dos vagabundos porque vai fumar drogas, então aquilo você fica com alguma coisa na cabeça, né, fica tudo assim, então você tem que trabalhar de um jeito que...

E: A senhora está trabalhando?

P: Não, eu estou trabalhando em casa, eu parei de trabalhar, aí eu comecei a receber a pensão dele eu parei de trabalhar, eu trabalhava de doméstica, era de doméstica.

E: E você fuma, bebe, toma algum medicamento?

P: Não. Ah, o doutor (neurologista) passou, eu nem comprei, passou para mim dormir, porque eu fui lá no doutor faz uns quinze dias atrás, a mas eu nem comprei para mim dormir, ele passou um calmante para mim dormir mas eu não comprou não, está aqui a receita, eu nem comprei, falei eu não vou comprar não, tenho que dormir por dormir, Jesus, através de calmante, eu não quero dormir através de calmante, eu quero deitar, por minha cabeça no travesseiro e dormir normal, meu sono vir normal dormindo, tranquila.

E: E depois da perda do seu marido você procurou algum médico?

P: Não, não procurei não.

E: Você foi procurar o doutor (cardiologista) há uns 4 meses?

P: É, por causa da dor no peito, né. Até eu estava querendo fazer uns exames, porque o que deu nos exames dele deu hepatite crônica, deu um problema no rim, sabe, o coração dele alterado, deu tudo isso, aí eu estava pensando passar no clínico geral e fazer todos esses tipos de exames, porque eu colhi sangue deu diabetes, eu não sei, diabetes dele não deu, só sei que ele tinha pressão alta porque ele tomava remédio para controlar, aí quando ele morreu fizeram todos os exames, deu hepatite crônica, deu um problema no rim.

E: E além de dor no peito você sentiu mais alguma coisa?

P: Não, não, eu não senti mais não, eu tenho muita dor de cabeça, que eu vou no doutor (neurologista) por causa disso mesmo, por causa da dor de cabeça, foi aonde que agora eu tornei, fazia tempo que eu não ia, aí ela voltou a doer sem parar, aí eu falei deixa eu ir lá, aí ele passou esse remédio, eu falei aí meu Deus eu não quero tomar esse remédio para dormir, eu não quero, mas eu estou muito ruim para dormir mesmo, chega duas, três horas eu estou acordada.

E: Faz quanto tempo?

P: Isso já vem de anos, anos, anos, às vezes eu deito de dia um pouquinho, aí passa aquele soninho de vinte, meia hora, mas à noite é complicado para dormir, bate aquele sono, aí eu deito durmo, daí eu acordo uma e meia, duas horas, aí acabou, não vai mais, aí eu fico até amanhecer, aí eu levanto, aí os ônibus começam a correr, o guarda para de apitar cinco horas da manhã na rua de casa que a gente tem guarda, a padaria abre seis horas que é na esquina de casa, então eu escuto tudo, o pessoal começa a levantar e ir trabalhar, agora eu falo deixa eu levantar, mas não é fácil, não, né doutora.

E: Você acha que teve alguma coisa que te ajudou? Você teve algum apoio?

P: Eu tive muito apoio, tive apoio da minha advogada, que tudo que ela foi fazer ela fez tudo pra mim, o pessoal que ele trabalhava eles me apoiaram muito, as minhas irmãs me apoiaram muito, que moram aqui, eu tive um irmão ficou comigo um ano, ele não foi embora, aí ele ficou aqui, quando ele viu que as coisas estavam todas encaminhadas, aí depois que ele foi embora, então eu tive muito apoio das pessoas, e vem todas as pessoas que era amigo dele, vai e liga para perguntar como que eu estou, o pessoal da federal liga, a cada quinze dias eles ligam porque são de São Paulo, né, porque o sindicato era filiado à federação então ele era diretor aqui e diretor da federação, então por isso que ele ia muito para lá porque ele era diretor lá também, aí ele ia ficava dois, três dias porque tinha muita papelada para assinar, e eles me deram muita coisa, tudo que foi feito eles fizeram, eu tive muita coisa, e eles ligam, o pessoal de Rio Claro liga, de Bauru liga, o sindicato liga, pergunta como está, você está precisando de alguma coisa, então eu tive muito apoio, sabe, muito apoio mesmo, então graças a Deus.

E: Você me falou que tem ficado mais em casa, como que foi a vivência dessas coisas?

P: Eu tenho que sair de um jeito estranho, que nem em fevereiro mesmo eu viajei, aí eu viajei com outro pessoal, aí não tinha nada a ver com ele, só conhecia ele, então já foi outra coisa, a única pessoa que conhecia ele era a sogra da minha irmã, ela levou eu mesmo para mim, aí já foi outra coisa, aí eu me diverti, não lembrei dele, foi maravilhoso, foram cinco dias muito bons, mas se eu saio na cidade vejo alguém, ela já pergunta, se eu vou numa festinha já perguntam, aí começa a contar, eu fui numa festa em São José do Rio Preto do sindicato, ah foi uma choradeira, cheguei lá vieram tudo me abraçar e lembrar dele, aí começaram a chorar também, aí eu chorei, comecei a chorar, a festa foi em julho, aí eu falei não dá para mim vir nesses eventos de vocês porque vocês começam a lembrar, então não dá, não vou mais, vocês podem me convidar me mandar o convite mas eu não venho mais, foi muito bom, mas, aí eles começam e ele era uma pessoa que não deixava ninguém em paz, ele inventava cada uma, aí eles começam lembrar das coisas que ele inventava e dá risada e na mesma hora que eles estão dando risada, eles começam a chorar, aí eu abro a boca a chorar também, aí vai eu não venho mais não.

E: E a senhora pratica alguma religião?

P: Pratico.

E: Qual?

P: Eu sou evangélica, faz 8 meses. Foi muito bom, para mim, para o meu filho, eu tirei ele da rua, pra ele também foi muito bom, porque ele era assim, ele vivia na rua, ele saía esse horário três horas e ele só aparecia no outro dia, aí ele dormia, nem na escola ele estava indo, aí depois que eu comecei ir, aí ele começou a participar também, sabe, ele vai, mas ele não está assim aquela pessoa, agora eu não, eu vou mesmo sabe, que eu já batizei na igreja, ele ainda a gente está assim uma luta, está na luta.

E: Qual é a frequência que você vai à igreja?

P: Eu vou toda terça, quinta e domingo. Às vezes, ao domingo, terça e quinta ele não vai, às vezes ele vai, tem um domingo que toca e ele toca no louvor, aí ele vai, mas ele vai todo sábado ensaiar, ele vai, ele ensaia tudo com aquela empolgação só, mas chega no domingo ele não vai.

E: E antes desses 8 meses, você freqüentava alguma igreja?

P: Não. Na verdade eu freqüentava, é que eu não gosto nem de lembrar, aquilo lá acabou com a minha vida, eu era espírita, nossa acabou, acabou com a minha vida, nossa, era uma brigaiada dentro da minha casa, nossa, aí depois que eu parei de ir lá, eu fiquei bastante tempo sem ir lá, aí uma amiga me chamou, aliás, quem começou isso foi o meu filho, que começou ir na igreja, meu filho começou ir, ele começou tocar, participar do grupo de louvor, aí um sábado, um domingo era o dia da Santa Ceia, aí ele falou vamos mamãe ver eu tocar, aí eu fui, ele tocou, tudo, aí na terça-feira bateu no meu coração, falei ah eu vou na igreja hoje, aí eu fui, fui na segunda, fui na terça, fui na quinta, no domingo eu fui, aí no domingo ele foi também, aí eu não parei mais, aí estou indo já faz oito meses, está sendo assim uma benção na minha vida, tem me dado muita força sabe, porque tudo que você precisa você conversa, eles vêm na sua casa, eles fazem reunião, conversa com a gente, é assim, pra mim está sendo muito bom, então graças a Deus. Meu filho participou do seminário, do congresso de jovem, estava muito bonito, agora vamos ver o que ele vai decidir de agora pra frente, espero que ele tome a decisão certa, porque não é fácil, não, não é fácil.

E: Na época que seu marido morreu você não freqüentava essa igreja?

P: Não, não freqüentava não, ia nesse lugar, ia escondido dele, ele não podia nem sonhar que eu ia nesse lugar.

E: Por quê?

P: Porque ele não gostava, ele não aceitava essas coisas, aí eu ia, ia eu e a minha filha, aí a gente ia, eu já saía do serviço e ia, chegava lá, pegava a ficha, porque era por ficha, aí nós era as primeiras a atender, aí já atendia e vinha embora, pra gente chegar antes dele, ele também não tinha horário para chegar em casa, o horário dele sempre era depois da uma hora, mas ele não sabia que a gente freqüentava esse lugar, não sabia de jeito nenhum. É, mas é assim, né.

E: E hoje em dia como você se vê?

P: Ah, eu me vejo bem, agora eu estou bem, assim sofri muito, mas agora estou bem, sabe, eu procuro esquecer tudo o que foi no passado, então eu estou procurando esquecer, não quero lembrar tudo que já passou, eu quero viver de agora pra frente, sabe, que é a minha solução, que eu quero viver de agora pra frente, bem, viver só eu e ele, porque a minha do meio, a mais velha está mudando, ela vai morar sozinha, que ela não quer morar mais, então assim eu quero viver só eu e ele, porque ele é o caçula, né, porque ela estava morando comigo, agora ela não quer mais morar comigo, ela está mudando, então eu estou assim: Deus me dá força para mim e para o Diego que

é o que eu quero e viver bem, ter bastante força para gente sobreviver, porque se cair....

E: O que seria cair?

P: Desistir de tudo, desistir da minha religião, não preocupar mais com nada, não se preocupar mais com ele, é isso aí, não se preocupar com a casa, deixar em dívida, então não né, eu quero assim, por tudo as coisas em ordem e tocar a minha vida com ele e lutar para ele poder arrumar um serviço, um futuro para ele.

E: Quando você me falou deixar as coisas do passado, o que seria?

P: O que ele aprontou comigo, o meu marido e está difícil, tem vez que eu quero tirar, mas eu não consigo tirar porque ele aprontou muito, quando eu falei para você que ele só chegava às três, duas da manhã, é que ele tinha outra pessoa, foi oito anos que ele conviveu com essa pessoa lá fora, então eu procuro, mas tem hora que eu não consigo, mas eu quero, eu vou esquecer, mas eu vou esquecer, é aonde que eu saio muito e as pessoas lembram isso, sabe, porque as pessoas sabiam, só que ele era assim, ele não admitia, eu comentava com ele, ele não imagina você é louca, não tem ninguém lá fora, mas a gente sabia, a gente pegou várias vezes, não deixou ele vê, mas eu e a minha filha pegou várias vezes ele com ela, meu filho mesmo casado chegou a pegar, porque o meu filho quando namorava a minha nora era perto da casa dela, é por isso que eles não se conversavam por causa disso. Aí meu filho foi falar com ele, que o meu filho viu ele deixando ela na porta da casa dela, meu filho ia indo para a casa da namorada porque era (rua próxima) e a minha nora morava (rua próxima), ele ia atravessando naquela pracinha do Pronto-Socorro e ela mora bem ali no comecinho, no sinaleiro e o meu filho viu, nossa aquilo foi uma morte para o meu filho, quando ele morreu fazia três anos que ele tinha visto, então eu procuro, mas tem hora que bate sabe aquela coisa, mas eu vou esquecer, se Deus quiser, eu vou esquecer.

E: É difícil falar disso

P: É difícil

E: E o velório, como foi?

P: Nossa foi uma loucura, a minha neta em cima dele, porque a minha neta era apaixonada, porque de todos que ele aprontou a minha neta não sabia, só a gente que sabia das coisas, mas ela era apaixonada por ele, ela era muito apaixonada por ele, ela deu um trabalho, até uma semana, foi assim dando febre, foi assim mais de uma semana, ela deu bastante febre e trabalho. O meu filho doutora, deu bastante trabalho na hora de enterrar; minha sogra, nossa, deu muito trabalho também. Mas a gente vai superar, a gente tem que entender que ele foi, mas a gente tem que tocar, que à toa ele não foi, a hora dele chegou, chegou, também ele não se cuidava, a pressão alta, ele sabia desse problema dele, só que a gente não sabia, ele fazia as coisas tudo escondido, ele bebia demais e ultimamente doutora ele estava tomando muita bebida destilada, uísque, mas ele estava assim, ele chegava em casa ele tomava de três, quatro doses,

principalmente no domingo de manhã antes de sair, ele já ia lá e tomava umas três, quatro doses e saía, aí chegava ia para o clube, ficava lá no clube a tarde toda só bebendo, então ele bebia muito e fumava desesperadamente, às vezes quando a gente estava perto dele a gente controlava, mas quando a gente não estava, não dava para controlar, ele fumava demais, fumava muito e já tinha dado quatro vezes pneumonia nele, tinha dado três vezes parada cardíaca nele, ele ficou três vezes internado no hospital das clínicas, no São Francisco com parada cardíaca, ele já tinha tido três vezes parada cardíaca que ele ficou internado, de cinco dias a seis dias que ele ficava, quem fazia acompanhamento com ele era o doutor (cardiologista), tomava os remédios, mas bebia.

E: Tem mais alguma coisa que você acha importante de falar?

P: Não, acho que é isso mesmo, tipo de um desabafo, mas que mexe, né.

E: Você tinha me falado no começo que vocês tinham discutido por um tempo, mas que vocês estavam ultimamente...

P: É ultimamente a gente estava bem, a gente estava viajando, estava bem, mas foi assim uns seis anos foi assim, tudo o que eu não queria, eu entrei em depressão, foi essa época que eu entrei em depressão, daí foi indo, foi indo, foi melhorando, daí graças a Deus deu, acho que sentiu no coração que ele estava errado, foi a convivência que ele teve com ela, ela fazia muita chantagem, ela não deixava ele em paz, eles mesmo lá no serviço dele comentou muito comigo sobre isso, que às vezes ele estava lá o telefone tocava, podia saber que era ela, tinha que sair correndo, porque era ela, então ela fazia chantagem com ele, agora eu não sei o tipo de chantagem, né, porque ele tinha que sair correndo.

E: E como foi ouvir tudo isso?

P: Foi horrível, quando ele ficava internado, eu tinha que ficar de plantão no hospital porque ela rodeava para entrar lá, então eu ficava, aí ela me via, ela ia embora, mas terminava as visitas, as visitas terminavam e ela ficava lá, aí ela me via, aí eu ficava, porque eu não ia embora, ela ficava lá na porta do hospital, aí ela ficava até dá um determinado horário, nove horas da noite, né, aí ela ia embora, mas ela ficava para ver se ela conseguia entrar lá dentro, até isso ela fez, fez muita coisa.

E: Teve alguma situação no velório?

P: Não, ela não foi, inclusive ela mandou dois sobrinhos dela, os dois sobrinhos foram, mas ela não, nem ela nem a filha, mas os sobrinhos foram, inclusive eu não conheci, eu vi aqueles dois moços mas não me veio na cabeça, aí depois de dois dias passados, eles dão aquela pasta que assina, eu sentei e comecei a olhar, daí eu olhei lá embaixo fulano e o nome da cidade, aí que eu fui me ligar que era os dois sobrinhos dela, mas eu não vi, aí eu estava passada, meus filhos também, aí depois de uns dias eu fui lá no sindicato, cheguei lá no sindicato estava conversando com eles, daí eles me contaram, você viu quem estava lá, falei não, quem? Os sobrinhos da fulana, falei ah tá, tá bom,

falei já foi né, gente, também não tinha condições de fazer, era aquela hora, então eu não queria nem saber não, foi, foi, deixa para lá, já foi, já foi passado, se foi vontade deles, agora não sei se foi ela que mandou ou se foi vontade deles, então eu não posso julgar nada, né doutora. Porque ele tinha muito amigo, ele tinha uma amizade tremenda, nossa, as pessoas consideravam ele demais, tinha um amigo, que ele era do sindicato dos motoristas, ele estava lá na junta, ele largou tudo lá, o outro amigo porque ligaram do sindicato lá, o outro amigo ligou para ele, ele estava lá na junta, ele falou cancela tudo saiu e foi bater lá na minha casa, ele ainda chegou junto comigo, que ele saiu lá da junta, eu estava chegando, ele chegou comigo, nossa, ele ficou doido, falou não, não pode, é mentira, é mentira, ele não se conformava, é coisa que ninguém acredita mas ele recebeu 42 coroas, doutora foi dois forgões cheios e o caixão dele na frente num outro forgão, foi três forgões, um forgão com um caixão dele e dois só com coroas, chegou lá no cemitério pôs em cima das outras covas, porque não tinha jeito, de tanta coroa que tinha, até na hora de sair o caixão e o velório daqui chegou a coroa, muito, muito, muito, é demais, mas está bom, né, tem que conformar, o que Deus prepara para nós, né doutora. Mas eu estou forte doutora, graças a Deus, eu estou forte, tem um Deus que fortalece.

E: Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

P: Não. Não.

E: Eu gostaria de te agradecer.