

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ADRIANO LUIZ DA COSTA FARINASSO

A vivência do luto em viúvas idosas e sua interface com  
a religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-  
qualitativo

Ribeirão Preto  
2011

ADRIANO LUIZ DA COSTA FARINASSO

A vivência do luto em viúvas idosas e sua interface com  
a religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-  
qualitativo

Tese apresentada à Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Ciências, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção da saúde  
mental.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Curi Labate

Ribeirão Preto  
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

F242v	<p>Farinasso, Adriano Luiz da Costa. A vivência do luto em viúvas idosas e sua interface com a religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo/Adriano Luiz da Costa Farinasso. Ribeirão Preto: [s.n.], 2011. xvii; 117p.</p> <p>Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP.Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica (Doutorado). Enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica. Universidade de São Paulo. Orientadora: Labate, Renata Curi.</p> <p>1. idoso; 2.luto; 3. religião; 4.espiritualidade 5. estudos qualitativos</p>
-------	--

Nome: FARINASSO, Adriano Luiz da Costa

Título: A vivência do luto em viúvas idosas e sua interface com a religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

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

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

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

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

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

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

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

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

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

***À minha companheira de todos os momentos, Bruna, cujo amor, compreensão e apoio foram essenciais para realização deste trabalho.***

***À minha família, pelo apoio incondicional durante todos os anos da minha vida.***

## AGRADECIMENTOS

À **Deus** pela inspiração na escolha do tema e por me conduzir nos caminhos de luz.

À **Profª Drª Renata Curi Labate**, minha orientadora, por sua paciência e dedicação para comigo na execução deste trabalho.

Aos **professores David Roberto do Carmo, Sueli Marques, Ronis Magdaleno Jr.** pelas relevantes e valiosas contribuições na avaliação deste trabalho.

Ao **Prof. Lucio Mauro Rocker dos Santos** pela belíssima poesia que constituiu a epígrafe desta tese.

À **Profª. Cléa Regina de Oliveira Ribeiro** pelo acolhimento nas fases iniciais.

Ao **Marcelo Pereira da Silva** pela indispensável e valiosa ajuda na etapa de trabalho de campo.

Aos meus colegas e amigos **Marcelo e Edileuza** pelo apoio.

Aos alunos **Marcelo Moreira Barbosa** e **Angélica Strada** pela ajuda na realização da pesquisa

Aos meus familiares, principalmente meu **avô Nenê**, minha **avó Inês** e minha **tia Laura** pelo constante apoio.

À **todas as viúvas idosas** que colaboraram na realização deste estudo, que Deus as abençoe.

**Obrigado !!!!**



*Minha Metade*

*Minha metade é vida que invade  
e como vida, acontece, cresce e toma forma  
Minha metade é dor da verdade  
e como dor enlouquece, da vida se torna*

*Minha metade é presença em vaga lembrança  
é da mente imagem, pensamento de criança  
Minha metade é vazio, roupa no cabideiro  
noite de frio, ausência por inteiro*

*Minha metade é oração, joelho doído  
pedido de perdão, rosto envelhecido  
são livros e filmes buscando você  
é pedra no rio, que não quer perder*

*Minha metade é espera, saudade, devoção  
Ser o que não era, buscar ressurreição  
Esperança de sentir reencontro feliz  
Ser criança (como se diz)  
refazer tudo o que fiz*

## RESUMO

FARINASSO, A. L. C. **A vivência do luto em viúvas idosas e sua interface com a religiosidade e espiritualidade**: um estudo clínico-qualitativo. 2011. 117 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

A relação entre idade avançada e a elaboração do luto apresenta-se controversa na literatura, pois o conjunto de perdas que se acumula com o passar dos anos pode resultar tanto em um complicador quanto em um facilitador do processo de elaboração do luto. Os significados de morte e luto ligados às crenças religiosas e a espiritualidade podem interferir na elaboração do luto, configurando-se em um campo a ser trabalhado ao lidarmos com idosos enlutados. Com base nestes pressupostos a presente tese objetiva compreender os sentidos e significados da vivência do luto em viúvas idosas e sua relação com a religiosidade e espiritualidade. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo realizado em uma amostra intencional por variedade de tipos composta por seis viúvas idosas que se enquadraram nos seguintes critérios: idade igual ou superior a 60 anos; sexo feminino; residir em área urbana e de abrangência do PSF; ter vivenciado a morte do marido há mais de um mês e menos de 13 meses antes da data da entrevista. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista não estruturada e observação. Após a análise de conteúdo foram elencadas as seguintes categorias: 1) a fé em Deus como “combustível” para a superação do luto; 2) a fé como transformadora do significado do momento da morte; 3) os rituais religiosos e o luto; 4) a igreja como suporte no processo de luto; 5) A fé explicando a perda e a crença na vida após a morte; 6) o luto e a saudade; 7) histórico de perdas e resiliência; 8) negação como mecanismo de defesa no luto; 9) o luto mediado pela culpa; 10) depressão como reação à perda; 11) o estereótipo da viúva e sua influência no luto. Estes resultados mostram que a crença em Deus, e a religião possuem um papel mais positivo na elaboração do luto do que se tem atribuído comumente na literatura.

Palavras-chave: Idoso; pesar; religião; espiritualidade; pesquisa qualitativa.

## **ABSTRACT**

FARINASSO, A. L. C. The bereavement experience in elderly widows and its interface with religiousness and spirituality: a clinical-qualitative study. 2011. 117 p. Thesis (Doctor Degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The relationship between old age and the elaboration of bereavement is controversially found in literature, once the set of losses adding together as years go by may result in either a complicating or facilitating factor over the bereavement elaboration process. The meanings of death and bereavement connected to religious beliefs and to spirituality may interfere in the elaboration of grief, becoming a field to be worked with as we deal with bereaved elders. Based on such assumptions, the present thesis aims to comprehend the meanings of the bereavement experience in elderly widows and its relationship to religiousness and spirituality. This is a clinical-qualitative study carried out in an intentional sample through a number of types composed of six elderly widows who fit the following criteria of observation: age equal or above 60 years; female gender; residing at the urban area within the coverage of the Family Health Program; having experienced their husband's death more than a month and less than 13 months before the date of the interview. The collection of data was accomplished through unstructured interview and observation. After the content analysis, the following categories were enrolled: 1) faith in God as a "fuel" to overcome bereavement; 2) faith as a transforming factor of the meaning of death's moment; 3) the religious rites and grief; 4) the church as a support in the bereavement process; 5) faith explaining loss and the belief in life after death; 6) bereavement and missing; 7) history of losses and resilience; 8) denial as a defense mechanism through bereavement; 9) bereavement mediated by guilt; 10) depression as a reaction to loss; 11) the widow's stereotype and its influence in bereavement. Those results show that the faith in God and religion play a more positive role in the elaboration of bereavement than what has been commonly assigned in literature.

Key words: Aged; grief; religion; spirituality; qualitative research.

## RESUMEN

Farinasso, A. L. C. La experiencia del luto en viudas de mayor edad y su interacción con la religiosidad y la espiritualidad: un estudio clínico-cualitativo. 2011. 117 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

La relación entre la edad mayor y el proceso del luto se presenta controvertida en la literatura, ya que el conjunto de pérdidas que se acumulan con los años puede resultar tanto en una complicación como en un facilitador en el proceso de desarrollo del luto. Los significados acerca de la muerte y el luto relacionados con la espiritualidad y las creencias religiosas, pueden interferir en ese desarrollo; al tratar a estos ancianos en este tiempo de luto, nos encontramos con un área a ser trabajada. Partiendo de estas premisas, esta tesis tiene como objetivo comprender los significados de la experiencia del luto en las viudas de edad mayor y su relación con la religión y la espiritualidad. Se trata de un estudio clínico-cualitativo realizado en una muestra intencional por variedades de tipos, compuesta por seis viudas mayores que cumplían los siguientes criterios: edad igual o mayor que 60 años, del sexo femenino, que vivan en una zona urbana y debajo de la cobertura del PSF; haber pasado por la muerte de su marido a sólo un mes o a menos de 13 meses antes de la fecha de la entrevista. La recolección de los datos se llevó a cabo a través de una entrevista no estructurada y observación. Después del análisis del contenido fueron catalogadas las siguientes categorías: 1) la fe en Dios como "combustible" para superar el duelo; 2) la fe como una transformadora del significado del momento de la muerte; 3) los ritos religiosos y el luto; 4) la iglesia como un apoyo en el proceso del luto; 5) la fe explicando la pérdida y la creencia en la vida después de la muerte; 6) el luto y la añoranza; 7) la historia de las pérdidas y la resistencia; 8) la negación como mecanismo de defensa en el luto; 9) el luto mediado por la culpa; 10) la depresión como una reacción delante de la pérdida; 11) el estereotipo de la viuda y su influencia en el luto. Estos resultados muestran que la creencia en Dios y la religión tienen un papel más positivo en el proceso del luto de lo que se le ha atribuido comúnmente en la literatura.

Palabras-clave: Anciano; pesar; religión; espiritualidad; investigación cualitativa.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E HUMANO.....	14
1.2 O PROCESSO DE LUTO .....	22
1.3 O PROCESSO DE LUTO NO IDOSO .....	30
1.4 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E O LUTO.....	36
<b>2 PRESSUPOSTOS E OBJETIVO .....</b>	<b>45</b>
<b>3 RECURSOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>48</b>
3.1 MÉTODOS QUALITATIVOS GERAIS .....	49
3.2 O MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO .....	51
3.3 O CONTEXTO DO ESTUDO .....	53
3.3.1 Local .....	53
3.3.2 Amostra.....	53
3.3.3 A técnica de coleta de dados .....	56
3.3.4 A etapa de campo .....	58
3.3.5 Análise dos dados.....	60
3.3.6 Considerações éticas.....	62
<b>4 APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....</b>	<b>63</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>75</b>
5.1 A fé em Deus como “combustível” para a superação do luto.....	77
5.2 A fé como transformadora do significado do momento da morte.....	80
5.3 Os rituais religiosos e o luto .....	82
5.4 A Igreja como suporte no processo de luto.....	84
5.5 A fé explicando a perda e a crença na vida após a morte .....	85
5.6 O luto e a saudade.....	89
5.7 Histórico de perdas e resiliência .....	91
5.8 Negação como mecanismo de defesa no luto .....	92
5.9 O luto mediado pela culpa .....	93
5.10 A depressão como reação à perda.....	94

5.11 O estereótipo da viúva e sua influência no luto.....	97
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>100</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>113</b>
APÊNDICE A - Roteiro para caracterização da entrevista.....	114
APÊNDICE B – Questão disparadora.....	115
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	116
<b>ANEXO .....</b>	<b>117</b>
ANEXO A - Parecer do comitê de ética em pesquisa.....	118

## **1. INTRODUÇÃO**

---

O envelhecimento populacional atualmente, ocorre no mundo como um fenômeno emergente e não só nos países desenvolvidos. Estimativas acerca da transição demográfica revelam que até 2050 o número de idosos aumentará de 600 milhões para aproximadamente 2 bilhões. No Brasil, esta transição ocorre de maneira rápida, quando comparada aos países desenvolvidos, acarretando importantes conseqüências a todos os setores da sociedade (SILVA; ALVES, 2007).

O aumento na proporção de idosos não ocorre igualmente entre homens e mulheres. Com o avançar da idade, o número de mulheres em relação aos homens é maior. Além disso, boa parte delas são viúvas e encontram-se em posição de susceptibilidade à doenças físicas, mentais e à incapacidade funcional (RAMOS et al., 1998; CAMARANO, 2001; FARINASSO, 2005).

Partindo da ideia de que o aumento na proporção de idosas viúvas é uma realidade, é presumível que a vivência do luto seja algo comum para essas mulheres.

Com o acúmulo de perdas advindas do próprio processo de envelhecimento, a perda por morte do marido pode, em teoria, resultar em graves conseqüências a saúde física e mental daquele que o vivencia (PARKES, 1998). Entretanto, a relação entre o avanço da idade e a dificuldade em elaborar o luto ainda não é clara na literatura. Hansson e Stroebe (2007) referem que algumas controvérsias têm sido encontradas em muitos estudos, especialmente naqueles que abordam a resiliência dos idosos enlutados.

Segundo Hays e Hendrix (2008) para que ocorra o enfrentamento e a elaboração do luto é particularmente importante considerar os aspectos



religiosos e espirituais do enlutado. Tais aspectos atribuem significados aos eventos de vida permitindo ao enlutado compreender sua história e elaborar o luto mais facilmente (WALSH, et al., 2002).

Para Baldessin (2002), a religiosidade e a espiritualidade dos idosos aumentam com o passar dos anos por servir de explicação para os questionamentos relacionados ao sentido da vida. No estudo de Silva e Alves (2007), a espiritualidade revelou-se como um indicador de resiliência, pois permitiu a atribuição de significados a eventos negativos.

Neste contexto de evidências, até certo ponto ainda controversas e obscuras, justifico a presente pesquisa no esforço de compreender a vivência do luto para viúvas idosas e sua relação com as crenças religiosas e espirituais. Ainda, em um contexto secularizado no qual a religião perde sua influência na explicação da morte, a presente tese pretende vislumbrar as crenças religiosas que permeiam a vivência do luto, devolvendo a importância da fé na superação da perda de um ente querido.

Oportunamente, esclareço que este trabalho não busca tecer análises aprofundadas sobre os aspectos psicológicos ligados à fé e à religiosidade das pessoas, nem tampouco promover debate entre as diferentes doutrinas. Pretendo desenvolver a temática do luto e sua interface com a fé, no intuito de aproximar a pesquisa e a prática profissional do aspecto religioso, na busca de uma compreensão e ação mais integral e holística.

## 1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E HUMANO

O envelhecimento da população mundial é uma realidade incontestável. Entre o final do século passado e o início deste (1980 a 2020), a

população mundial total deverá crescer 80%, enquanto a população de idosos crescerá 160% (RAMOS, 1993). Apesar do limite biológico de idade do ser humano não ter se modificado, a proporção de pessoas que vivem próximo à este limite tem aumentado expressivamente (RAMOS, 2001). Esta aproximação do limiar vital deve-se, principalmente, às novas tecnologias da medicina e às mudanças nos hábitos de vida. A Organização Mundial de Saúde define idoso como aquele com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento, sendo que, para países desenvolvidos admite-se a idade de 65 anos ou mais (BRASIL, 1996).

O crescimento da proporção de idosos, decorrente da diminuição da mortalidade e aumento da longevidade, resultante da melhoria contínua da qualidade de vida e avanços tecnológicos no setor de saúde aliado à diminuição dos níveis de fecundidade da mesma população, configura-se em um processo denominado “transição demográfica”, que segundo Ramos (2001), provoca alterações na estrutura etária da população. Conforme salienta Brito (2008), a transição demográfica no Brasil tem sido acelerada, como em outros países em desenvolvimento, com um declínio rápido dos níveis de fecundidade e do ritmo de crescimento demográfico.

O aumento da longevidade não se apresenta igualmente em ambos os gêneros. Existe um excedente de mulheres em relação aos homens com idade avançada. As mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens e esta diferença tende a aumentar (SALGADO, 2002). Lebrão (2003) mostra que 58,6% da população de idosos da cidade de São Paulo era constituída por mulheres, onde uma em cada quatro possuía 75 anos ou mais e, para os homens, a proporção era de um para cinco.

Em estudo realizado por Ramos et al., (1998), na cidade de São Paulo, foi encontrado o predomínio de mulheres na população, principalmente viúvas, vivendo em domicílios multigeracionais e com maior prevalência de doenças crônicas e distúrbios psiquiátricos.

A proporção de viúvas na população idosa é maior que viúvos em qualquer faixa etária. Segundo Salgado (2002) a mulher tende a se casar com homens mais velhos do que ela, visto que, associando-se a maior mortalidade masculina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Ainda, um novo relacionamento entre homens viúvos é mais freqüente do que em viúvas, aumentando as chances destas continuarem viúvas.

Em estudo realizado por Farinasso (2005) utilizando amostra de idosos acima de 75 anos em um município ao norte do Paraná, verificou que 68,2% das mulheres eram viúvas e apenas 28,6% dos homens referiram a mesma situação conjugal. Ainda, 27,3% das mulheres deste mesmo estudo apresentaram algum grau de dependência para as atividades de vida diária. Pilger (2006), no Rio Grande do Sul, constatou que dentre os viúvos, 80% pertenciam ao sexo feminino. Portanto, o processo de viuvez é uma característica marcante entre as mulheres idosas e, em alguns casos, somam-se às características de dependência, co-morbidades e fragilidade.

Camarano (2003) relata que em uma idade avançada, as mulheres estão mais propensas a ter a saúde mental afetada, pois tendem a sofrer mais com isolamento e solidão, bem como possuir uma imagem mais depreciativa e uma visão mais negativa sobre a velhice e os outros idosos. Contudo, esse quadro pode ser diferente em mulheres que possuem laços familiares bem

estabelecidos, com melhores condições de saúde física e mental, envolvimento social e familiar durante toda a velhice.

Do ponto de vista epidemiológico, podemos concluir que há uma grande proporção de mulheres idosas viúvas que vivenciaram ou vivenciam o processo de luto pelos seus cônjuges. E, é nesse contexto que o universo a ser estudado pela presente pesquisa se apoia: na necessidade de se compreender melhor o processo de luto para a mulher idosa, tendo em vista que se trata de um evento de grande ocorrência e de repercussões complexas na saúde mental e na capacidade funcional destas viúvas.

Assim como a morte, o envelhecimento humano configura-se em um processo universal, advindo do próprio processo de desenvolvimento do ser humano que, dentro da definição de Carvalho Filho e Alencar (1994, p. 2) trata-se de:

“um processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Conforme Papaléo-Netto (2007) o envelhecimento, do ponto de vista biológico, manifesta-se pelo declínio das funções de diversos órgãos de maneira linear em relação ao tempo, não permitindo a definição de um ponto exato de transição, como nas demais fases do desenvolvimento humano. Os efeitos cumulativos dessas alterações induzidas pela idade aumentam a probabilidade de morte do indivíduo.

O envelhecimento biológico é implacável, ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas. Pode haver, conseqüentemente, diminuição funcional das áreas afetadas e

sobrecarga dos mecanismos de controle homeostático, que passam a servir como substrato fisiológico para influência da idade na apresentação da doença, da resposta ao tratamento proposto e das complicações que se seguem (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Ao falarmos sobre o envelhecimento humano, alguns termos merecem ser definidos. Capacidade funcional é entendida como a “capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma” (GORDILHO et al., 2000, p. 48). Para Veras e Lourenço (2008), a independência refere-se à capacidade de execução de atividades de vida diária e a autonomia relaciona-se com a capacidade de decisão sobre aspectos da vida cotidiana. Dessa maneira, a capacidade funcional surge como o conceito mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, do ponto de vista da saúde pública (GORDILHO et al., 2000, p. 48). Segundo Buchner e Wagner (1992) o termo fragilidade está intimamente ligado ao termo dependência e pode ser entendido como o estado caracterizado pela redução da reserva dos diversos sistemas fisiológicos, determinada pela combinação entre o envelhecimento biológico, condições crônicas e abuso ou desuso.

A ideia de “doença única” não se aplica ao idoso, que apresenta a soma dos sinais e sintomas de uma ou mais doenças agudas, subagudas e crônicas (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2001). Assim, o desempenho funcional do idoso vai se deteriorando pouco a pouco, o que caracteriza maior fragilidade dos indivíduos com idade mais avançada. O declínio funcional decorrente do próprio processo de envelhecimento aliado aos processos mórbidos acaba por limitar o idoso no desempenho de diversas atividades de sua vida diária.

Conforme salienta Gordilho et al., (2000), a dependência constitui-se em um fator de risco para a mortalidade, sendo mais relevante que as próprias doenças que levaram à dependência.

Os idosos configuram-se em um grupo que estão mais próximos de vivenciar um evento de morte de alguém próximo e, conseqüentemente, o luto. A importância desse ponto reside na proximidade do idoso com o fenômeno da morte, pois dentro de seu próprio “caminhar”, o encontro com a morte, tanto sua quanto das pessoas próximas, é algo inevitável.

Segundo Baltes e Silverberg (1995), existem três domínios gerais que devem ser considerados no processo de envelhecimento humano. Em primeiro lugar, há um aumento nas perdas físicas e nas experiências de incapacidade biológica. Em segundo, as pressões e as perdas sociais tendem a se acumular. Além das perdas por morte do cônjuge, irmãos e amigos, a aposentadoria e as perdas de papéis sociais afetam a extensão e a intensidade das relações sociais do idoso. Por último, os idosos defrontam-se com a ideia do tempo que está se tornando cada vez mais curto para eles, o que gera novas tarefas referentes à compreensão de si e do sentido da vida.

A aposentadoria para Vargas (1994) representa, normalmente, o rompimento do vínculo de determinadas relações sociais que são significativas para todo e qualquer indivíduo. Com isso, a inatividade (como conseqüência quase que geral da aposentadoria) confere ao idoso uma somatória de reações adversas como a ansiedade, a depressão, a sensação de abandono ou o estado de dependência. Para a mulher idosa, em especial, a perda dos papéis familiares configura-se como uma das grandes perdas advindas do envelhecimento, pois muitas vezes, o papel de geradora, protetora e mãe de

família deixa de ser realizado por limitações funcionais.

Para o mesmo autor, o envelhecimento representa uma etapa do desenvolvimento individual que possui como características principais a perda da capacidade de adaptação, diminuição da vitalidade e aumento da vulnerabilidade de todas as funções individuais. Além disso, o processo de involução, do ponto de vista psicológico, é evidenciado por uma dinâmica fortemente influenciada por fatores pessoais, que se inicia pelo declínio das atividades desenvolvidas anteriormente pelo indivíduo.

Em contraposição ao exposto, os idosos podem desenvolver o aumento da utilização de recursos psicológicos, sociais, materiais e simbólicos ofertados pela cultura, para compensar as perdas do potencial biológico. Surge então, o conceito de resiliência com relevante destaque no processo de proteção à saúde (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2010). Resiliência refere-se a arte de adaptar-se às situações adversas desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapsíquicos) e externos (ambientais) que permitem aliar uma construção psíquica adequada à inserção social (LARANJEIRA, 2007).

Segundo Yunes e Szymanski (2001), os primeiros estudos sobre resiliência associavam-na aos termos de invulnerabilidade e invencibilidade e por meio deles caracterizavam os indivíduos que, mesmo expostos à adversidades, conseguiam se adaptar e manter o seu bem-estar. Posteriormente, esses termos começaram a ser questionados sendo que o conceito de resiliência passou a ser considerado não como um atributo, mas como um processo que admite variabilidade em função das relações estabelecidas entre as bases constitucionais e ambientais e as diferentes

situações em que se expressa.

As áreas do desenvolvimento infantil e adolescente foram as primeiras que se dedicaram ao estudo da resiliência, descrevendo-a como um fator que leva os indivíduos que vivem em circunstâncias desfavoráveis a um desenvolvimento bem sucedido. Recentemente, o interesse pela resiliência tem-se direcionado também para outras fases do ciclo vital, sendo a velhice uma delas (HARDY; CONCATO; GILL, 2004).

A resiliência é revelada pela boa adaptação da pessoa frente a situações de crise pois, é a vivência da crise que favorece o desenvolvimento de recursos de proteção e esta emerge das mudanças adaptativas que impelem respostas de enfrentamento geradoras de sucesso. Não obstante, a resiliência não pode ser considerada um atributo fixo do indivíduo, que pode reagir de maneiras diferentes em momentos diferentes da vida (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2010).

Assim, o constructo de resiliência permite reconhecer e potencializar recursos pessoais e interpessoais que protegem o desenvolvimento das pessoas e sua capacidade construtiva. É, portanto, um instrumento fundamental para a busca do envelhecimento bem sucedido e compreensão da superação de perdas e o luto.

Conforme enfatiza Silva e Alves (2007) o emergente tema da resiliência, identificado como um desafio para este novo milênio, continua desconhecido entre nós, brasileiros. O mesmo acontece com o tema espiritualidade. Ambos demandam investigações que tenham em conta a nossa realidade, uma vez que estes temas implicam e contribuem para a satisfação de vida das pessoas, sobretudo as idosas.



O envelhecimento abrange problemas biológicos, fisiológicos e psicológicos que produzem crises existenciais, no entanto trata-se de um fenômeno normal na vida. Como em todos os momentos do desenvolvimento vital, ao chegar à última etapa da vida, o idoso sente ainda surgir em si algumas perguntas inevitáveis sobre quem é, porque está neste mundo, qual sentido da vida, dentre outras. Como em toda crise existencial, também essa não pode ser superada de modo válido senão por meio da renovação da interioridade. A espiritualidade evidencia a existência de forças potenciais escondidas no homem que o envelhecer faz desabrochar (BALDESSIN, 2002).

No estudo de Silva e Alves (2007) a espiritualidade revelou-se um forte indicador de resiliência na superação das adversidades, como capacidade de encontrar significado na vida a partir da fé. Segundo Floriano e Dalgarrondo (2007), a religiosidade tem uma dimensão central na vida de grande parte dos idosos e relaciona-se ao surgimento, a manutenção e as possibilidades de atenuação de agravos à saúde física e mental. Assim, o aumento da espiritualidade conforme o avanço da idade é importante fonte de suporte emocional.

Estas evidências me fazem crer que a religiosidade e a espiritualidade dos idosos configuram-se como construto elementar na qualidade de vida e na atribuição de significados aos eventos vitais, neste caso particular ao luto.

## 1.2 O PROCESSO DE LUTO

O luto é uma experiência que, assim como o envelhecimento natural, acontece no curso de vida de grande parte das pessoas. Para Parkes (1998) o luto pode ser considerado como o acontecimento mais grave que a maior parte

das pessoas pode vivenciar.

Freud (1974), em seu artigo intitulado “Luto e melancolia”, escrito originalmente em 1915 e publicado dois anos depois, define luto como uma reação à perda de um ser amado ou de uma abstração equivalente. O trabalho psíquico que resulta em elaboração da perda, abandono das relações com o objeto perdido, retomada da vida e das atividades cotidianas é denominado luto saudável.

Conforme Barreira e Vieira (2004), no trabalho de luto há uma inibição do ego em função da demanda de energia psíquica que esse trabalho envolve e da percepção de mundo sem o ente perdido. Após a realização de tal trabalho, o ego fica livre e a libido pode ser deslocada para outro objeto.

O luto, na concepção tradicional elaborada por Freud, tem como função desligar, dos mortos, as lembranças e as esperanças dos sobreviventes. Caracteriza-se, assim, por um processo de descatexização do objeto perdido e recatexização de um novo objeto (FREUD, 1974).

O trabalho de luto envolve um teste de realidade que comprova que o objeto perdido não existe mais e a libido é retirada das ligações com ele. Esse desligamento pode ser lento e doloroso, envolvendo lembranças e expectativas vinculadas ao objeto e a realização de desinvestimento em cada uma delas. Ao término desse processo o ego torna-se livre e desinibido para novas possibilidades de vínculo (KÓVACS, 1992b).

O conceito de luto apresentado por Freud constituiu-se na primeira abordagem na compreensão de tal fenômeno. Posteriormente, surgiram novas concepções teóricas sobre a temática. Neste contexto, Jonh Bowlby destaca-se por dedicar grande parte de seus trabalhos ao estudo do luto e a formulação da

Teoria do Apego, que permitiu a compreensão de diversas interfaces do processo de luto (PARKES, 1998; MAZORRA, 2009).

Para Bowlby (1979) o apego é um importante organizador de significado que se constitui na relação dos campos psicológico, biológico, cultural e social que influencia nossa relação com o *self* e com o mundo. O mundo compreende a relação com o outro, com a sociedade, com Deus, com os valores e com as crenças. A principal função da figura de apego é oferecer uma base de segurança que permita ao indivíduo explorar o meio.

Desde o início do seu desenvolvimento, o ser humano constroi modelos representacionais de si mesmo e do mundo. Por meio desses modelos, é possível a organização da experiência subjetiva e cognitiva e da conduta adaptativa (MARRONE, 2001).

O comportamento de apego é estabelecido nos primeiros seis meses de vida por meio da internalização da repetição da experiência vivida com as figuras de apego. Nesse processo, são estabelecidos os modelos operativos internos que são representações a respeito de si e da figura de apego. Esses modelos operativos internos são avaliações da acessibilidade, disponibilidade e confiabilidade dessas figuras (BOWLBY, 1979).

Conforme apresenta Abreu (2005), inicialmente foram identificados três padrões distintos de comportamento em relação a figura de apego. As respostas dos bebês ao “teste da situação estranha” possibilitaram a classificação do apego nos seguintes padrões:

- Padrão A (Inseguro-evitativo): Mostram-se incertas na possibilidade de receber algum tipo de ajuda. Em função dessa incerteza, vivenciam ansiedade de separação e tendem a permanecer longos períodos grudados a

outras pessoas. Mantém distância e uma atitude de auto-suficiência.

- Padrão B (Seguro): Apresentam segurança na exploração do ambiente por saberem que serão confortadas e amparadas pelos pais em situações adversas.

- Padrão C (Ansioso-ambivalente): Demonstram oscilação entre a busca de proximidade e a relutância ao contato materno. Mostram uma mescla de insegurança (tristeza/medo) e intimidade, geralmente alternada pela hostilidade. Não confiam que seu cuidador estará disponível quando procurado. Apresentam ansiedade de separação.

Segundo Abreu (2005), o padrão de Apego Desorganizado foi identificado posteriormente e neste padrão a criança reage à busca de proximidade e a separação de uma maneira imprevisível e inconsistente. Oscila entre aproximação e afastamento. Este padrão pode ser resultado de traumas severos próximos ao nascimento, abusos e negligência.

Em sua revisão de literatura, Prizanteli (2008) relata que os vínculos afetivos entre casais adultos são formados de forma semelhantes aos vínculos formados entre os bebês e suas figuras de apego. Entretanto, o apego adulto apresenta duas diferenças fundamentais em relação ao apego da criança. A primeira refere-se ao fato de que o apego entre uma criança e sua figura de apego caracteriza-se pelo preenchimento das necessidades da criança pelo cuidador, enquanto que nos vínculos adultos as necessidades são preenchidas por ambos os membros do casal. A segunda relaciona-se com o componente sexual presente nos relacionamentos adultos.

As experiências da infância são influentes ao longo do ciclo vital, entretanto, os modelos operativos estão sujeitos a revisão ao longo do ciclo

vital, dependendo de novas experiências com figuras de apego ou reconceitualizações de experiências antigas (MAZORRA, 2009).

O comportamento de apego na vida adulta é continuação do apego na infância. Isto é demonstrado pelo fato das mesmas repostas aparecerem quando expostos a perigos, desastres e doenças (BOWLBY, 1979).

No contexto da Teoria do Apego, o luto é uma reação ao rompimento dos vínculos afetivos. Com a perda da figura de apego, perde-se a base segura, o que faz com que a experiência seja assustadora e possa provocar ansiedade de separação (BOWLBY, 1979).

Segundo Parkes (1998), embora as pessoas reajam ao luto de maneiras diferentes, existe um padrão geral básico. Há, portanto, uma sequência de reações esperadas em resposta à perda de um ente querido composta por quatro fases:

A fase de torpor ou entorpecimento pode durar horas ou dias, constituindo-se de desespero, raiva, irritabilidade, amargura e isolamento. Tais sentimentos podem se manifestar por atitudes emocionais intensas e passam a ser expressos contra todo aquele que venha a compartilhar o luto, como uma manifestação de defesa, pois a aceitação desses sentimentos reafirma a perda.

A fase de anseio e busca é caracterizada por um forte impulso de busca pela figura perdida. Nela, ocorre um estado de vigília, de movimentação para os locais onde a pessoa normalmente estaria e mesmo de chamamento como formas de descaracterizar a perda, pois se a pessoa perdida é procurada, ela não morreu. Essa fase pode durar anos ou meses, sendo comuns os desapontamentos por sua não-efetividade, episódios de choro e de tristeza quando da constatação da sua inutilidade.

Na fase de desorganização o enlutado reconhece a imutabilidade da perda, vivenciando desmotivação pela vida, apatia e depressão. Gradualmente, o enlutado começa a tolerar que a perda ocorreu e a suportar a raiva em relação a qualquer pessoa que possa ter tido responsabilidade pela morte. Por último, o enlutado aceita a perda definitivamente e constata que uma nova vida precisa ser iniciada, resultando na fase de reorganização.

Apesar de haver um padrão comum na maioria dos casos de luto, cada uma dessas fases, segundo Parkes (1998), pode apresentar diferenças consideráveis de uma pessoa para outra, tanto no que se refere à duração quanto à forma de cada fase. Portanto, configura-se em um erro considerar que o enlutado deva passar por todas essas fases.

Com base nesses conceitos, Worden (2009), propõe o conceito de tarefas de luto. Estas tarefas permitem uma compreensão do luto mais próxima do conceito de trabalho de luto proposto por Freud. Worden (2009) reitera que, no conceito de fases, o processo de luto é visto como algo que o enlutado deveria, impreterivelmente, passar passivamente. Por outro lado, o conceito de tarefas é consoante com a concepção de Freud sobre o trabalho de luto. Ainda, esta abordagem implica que o luto pode ser influenciado por intervenções externas. Em outras palavras, o conceito de tarefas considera que o enlutado, em seu trabalho de luto, participará, ativamente, do processo de adaptação à perda.

A primeira tarefa é aceitar a realidade da perda. Após o enlutado apreender o teste de realidade de que a perda ocorreu surge a segunda tarefa, ou seja, lidar com o impacto emocional da perda. A terceira tarefa relaciona-se com a adaptação a um ambiente sem o falecido. Por fim, a quarta tarefa

consiste em reposicionar o falecido em sua vida e encontrar meios de lembrar-se dele, transformando a relação com a figura perdida e reinvestindo na vida (WORDEN, 2009).

Nesse arcabouço de conceitos, concordo com Mazorra (2009) ao afirmar que os conceitos de fases e tarefas do luto não são excludentes. Ambos auxiliam a compreensão da vivência emocional da pessoa enlutada e nos mostra se a elaboração do luto está sendo possível ou não, em determinados momentos.

Para a mesma autora, recentemente, estes conceitos vêm sendo questionados, pois, a visão de luto vista em termos de fases ou tarefas contribui para a normalização e estandardização do processo, não reconhecendo a complexidade e a singularidade de cada experiência de luto.

Stroebe e Schut (1999) propuseram o Modelo de Processo Dual de enfrentamento do Luto. Esta teoria descreve um processo onde o enlutado oscila, de tempos em tempos, entre duas orientações psicológicas: o enfrentamento orientado para a perda e o enfrentamento orientado para a restauração.

Conforme Muckulincer e Shaver (2008) a orientação para a perda é conceitualmente similar à hiperativação do sistema de apego, incluindo saudade, ruminação, angústia de separação e reavaliação dos significados e implicações da perda. Elementos relacionados a esta dimensão estão focados na figura do falecido e envolvem angústia de separação, valorização do significado de perda e a recolocação do falecido em um mundo sem sua presença (WORDEN, 2009).

A orientação para a restauração tem a mesma função que a

desativação do sistema de apego, ou seja, caracteriza-se por mudanças de vida, realização de coisas novas, desligamento da perda, evitação e negação do pesar e formação de novos relacionamentos (MUCKULINCER; SHAVER, 2008). Segundo Worden (2009) a orientação para a restauração envolve controle de habilidades, identificação com a nova vida sem a figura perdida e mudanças psicossociais. Isso inclui reconstrução das idéias de si mesmo e do mundo.

Para Archer (2008) ambas as orientações são importantes para a resolução do luto. Fuga e alívio permitem ao indivíduo reconstruir sua vida, considerando que confrontar a perda internamente permite reestruturar as representações mentais do relacionamento perdido. Ainda, este modelo assume que o luto é universal, apesar de que as culturas diferem expressivamente de contexto, regras, expectativas e também do que é provido ao enlutado.

Segundo Muckulincer e Shaver (2008), as desordens nos padrões de luto resultam de distúrbios no processo de oscilação entre as duas orientações. Assim, a oscilação entre a hiperativação e a desativação do sistema de apego durante o processo de luto são responsáveis pela sua elaboração e consequente resolução.

Worden (2009) propõe um diálogo entre o conceito de tarefas do luto e as dimensões do modelo dual do luto. Para este autor, a dimensão de orientação para a perda inclui muitas atitudes descritas na primeira, segunda e quarta tarefas, consequente, aceitação da perda, lidar com o impacto emocional da perda e transformar a relação com a figura perdida. Já a orientação para a restauração relaciona-se mais com a terceira tarefa do luto



que é adaptar-se a um ambiente sem o falecido.

Indubitavelmente, a perda de um ente querido cria discrepâncias entre o mundo interno (até então vivido junto à figura de apego) e o mundo externo (sem o falecido) que passa a existir. Desse modo, uma série de concepções sobre o mundo, que sustentavam-se na pessoa perdida para garantir validade, de repente, tornam-se invalidadas. Sendo assim, hábitos de pensamento que foram construídos ao longo de muitos anos necessitam ser revistos e modificados, ou seja, a visão de mundo do enlutado precisa mudar. Essa mudança é denominada Transição Psicossocial (PARKES, 1998).

Para o mesmo autor, a Transição Psicossocial no luto consome tempo e esforço do enlutado, na tentativa de abandonar antigos hábitos e desenvolver novos. Este conceito corrobora com a ideia de alternância entre orientações voltadas para a perda e para a restauração na elaboração do luto.

Com base nesses conceitos discorro a seguir algumas considerações sobre o luto de pessoas idosas.

### 1.3 O PROCESSO DE LUTO NO IDOSO

A perda de uma pessoa querida constitui-se em um evento de grandes consequências à saúde física e mental (PARKES, 1998). Para o idoso, o luto pode representar um processo de maior impacto, pois este traz consigo perdas pessoais e sociais decorrentes do próprio processo de envelhecimento.

Dentre as principais alterações advindas do processo de envelhecimento que podem configurar-se como perda, destaco o declínio funcional e a perda do status social. A diminuição da capacidade funcional do idoso manifesta-se pela diminuição da capacidade de realizar atividades de

vida diária decorrente das próprias alterações morfofisiológicas e psicológicas inerentes ao envelhecimento. Este declínio faz com que o idoso, algumas vezes, dependa da ajuda de outro para realização de atividades que, outrora, era independente (ROSA et al., 2003). Conforme apontam alguns autores (CAMARANO, 2001; RAMOS, 2001; LEBRÃO, 2003; FARINASSO, 2005) a maioria da população idosa é constituída por mulheres, viúvas, convivendo em famílias nucleares, com presença de comorbidades e, muitas vezes, com a capacidade funcional prejudicada. Nesse contexto, a perda do marido por morte, pode agravar esse conjunto de problemas, fazendo com que o trabalho de luto ocorra de maneira diferente, muitas vezes mais complicada, do que em pessoas não idosas.

Hansson e Stroebe (2007) reforçam a idéia ao argumentar que a maior fragilidade física entre idosos é vista como um aumento da vulnerabilidade para acometimentos à saúde. Em vista disso, a experiência do luto em idosos pode ser vivenciada como um evento de sobrecarga, pois em uma idade mais avançada, existe o risco de múltiplas e sequenciais perdas de familiares e amigos. Assim, a adição de mais eventos com conseqüências negativas podem ser esperados, devido a ocorrência da experiência de luto ser próxima a uma vasta gama de eventos estressantes associados ao envelhecimento como enfermidades, mudança de ambiente, problemas financeiros, dentre outros.

Conforme Bromberg et al., (1996) quanto maior o elenco de situações de perda, maior a probabilidade de processos de luto ocorrerem de uma maneira anormal. Ao considerarmos a velhice, assim como afirma Neri (2002), como uma fase do desenvolvimento humano onde as perdas são vivenciadas em grande número, o luto em idosos pode se tornar uma experiência com

grandes repercussões negativas.

Em contrapartida, o aumento da resiliência em idosos enlutados deve ser considerado como um fator facilitador do enfrentamento do luto. Conforme citado anteriormente, a resiliência é apresentada como um fenômeno, um funcionamento e, por vezes, uma arte de adaptar-se às situações adversas, desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapsíquicos) e externos (ambiental) que permitem aliar uma construção psíquica adequada à inserção social (LARANJEIRA, 2007). Dessa maneira, a superação de perdas anteriores pode levar ao desenvolvimento de um ponto de vista e um conceito de si próprio que facilitaria a adaptação de perdas posteriores (HANSSON; STROEBE, 2007).

Parkes (1998) afirma que a perda do marido é o tipo mais frequente de perda de relacionamento que dá margem a problemas psicológicos. Em sua revisão, este autor encontrou dados que merecem destaque em relação as consequências do luto em viúvas. Em relação a idade, viúvas com menos de 65 anos procuram mais atendimento para os problemas emocionais. Entretanto, viúvas idosas são mais vulneráveis aos efeitos do luto na saúde física e mais vulneráveis à depressão. Viúvos e viúvas apresentam uma maior taxa de mortalidade do que homens e mulheres casados. Conforme sumariza Parkes (1998), a maioria dos óbitos em viúvos ocorre nos primeiros seis meses do período de luto.

A relação entre o avançar da idade e a adaptação ao luto apresenta controvérsias na literatura (HANSSON; STROEBE, 2007). Alguns pesquisadores concluem que existe pouca ou nenhuma relação entre a idade e risco para a pior elaboração da perda (SANDERS, 1989; LUND; CASSERTA;

DIMOND, 1993). Outros argumentam que jovens enlutados possuem maior risco (PARKES, 1998; ARCHER, 2008) e há ainda os que defendem a idéia de que idosos apresentam maior risco (HANSSON; STROEBE, 2007).

As consequências do luto diferem entre homens e mulheres idosos. Telonidis et al. (2005) observaram que há maior mortalidade, mais desenvolvimento de doenças crônicas, bem como declínio geral no estado de saúde entre viúvos idosos do que em viúvas.

A vivência do luto em idosos pode comumente transparecer como quadro depressivo ou outro transtorno ansioso e, como é característico dessa população, pode apresentar formas e sintomatologias das mais variadas possíveis. Estudos de seguimento mostraram que grupos de idosos viúvos apresentaram grandes níveis de depressão quando comparados aos não viúvos (CARNELLEY; WORTHMAN; KESSLER, 1999; LUND; CASSERTA; DIMOND, 1989).

Anderson e Dimond (1995), com o objetivo de descrever as experiências de idosos enlutados nos dois primeiros anos após a perda do esposo(a), realizaram um estudo prospectivo com 88 idosos enlutados. Em relação aos sentimentos expressos pelos idosos, sentimentos de tristeza profunda, perda da companhia cotidiana, perda de um companheiro de toda a vida e dificuldade de manutenção das atividades diárias foram verbalizados. Segundo Parkes (1998); Oliveira e Lopes (2008) na fase inicial do luto, o idoso pode ter necessidade de ajuda para atividades básicas da vida diária proporcionando liberdade para vivenciar o luto.

Além disso, no estudo realizado por Anderson e Dimond (1995), sentimentos de tristeza, depressão e solidão continuaram sendo relatados

pelos idosos enlutados após 6 meses de seguimento. Com o decorrer de um ano da perda, a maioria dos idosos começou a experiência de reorganização do luto. Entretanto, muitos referiam sentimentos de tristeza e solidão. Após dois anos da perda, apenas três viúvos ainda apresentavam profunda depressão e sentimentos de solidão. Os demais falaram muito pouco sobre sentimentos negativos relacionados à perda. Poucos idosos relataram sentimentos de raiva e culpa, tanto em relação ao esposo por tê-lo deixado só, quanto a Deus e a pessoas que participaram dos eventos finais do cuidado ao falecido. A maioria dos idosos enlutados admitiram que tudo fora feito para evitar a morte do marido e que a perda teria ocorrido de acordo com a vontade de Deus.

Com base nestes e outros achados, Anderson e Diamond (1994) compararam seus resultados com os encontrados em viúvos jovens por Glick e colaboradores em 1974. As respostas emocionais de ambos os grupos foram semelhantes, com exceção de dois pontos: os enlutados jovens referiram sentimentos de profundo desespero e desorganização, acompanhados de medo de colapso emocional, fato não observado entre os viúvos idosos. O segundo ponto refere-se à necessidade que os viúvos mais jovens referiram reviver e revisar os eventos ligados a morte, com sentimentos de culpa e de não terem tomado todas as precauções ou ações para evitar a perda.

Segundo Hansson e Stroebe (2007), as causas de morte diferem nas diferentes fases da vida. Por exemplo, a perda da esposa para um idoso que teve uma vida de companheirismo e cumplicidade por uma morte prevista (ou doença ou por conseqüências do próprio envelhecimento) é contrastada com a traumática e inesperada perda frequentemente experienciada por viúvos jovens. Este argumento justificaria os resultados encontrados no estudo descrito

anteriormente e em outros com os mesmos resultados.

Diferentes influências no decorrer da vida e fatores ambientais que sofrem o idoso podem resultar em uma população com grande variabilidade nos padrões de saúde física, vulnerabilidade, reservas adaptativas e estilos de enfrentamento. Bonanno; Wortman e Nesse (2004), utilizando-se de um estudo prospectivo encontraram 5 padrões de luto em idosos:

1. Padrão de luto comum: 11% apresentaram baixos níveis de depressão antes da perda, aumento dos sintomas depressivos após a perda com redução dos mesmos por volta dos 18 meses.
2. Padrão resiliente: 46% apresentaram baixos níveis de sintomas depressivos antes e após os 18 meses da perda.
3. Padrão de luto crônico: 16% manifestaram baixos níveis de sintomas depressivos antes da perda e aumento dos sintomas depressivos mesmo após 18 meses.
4. Padrão de depressão crônica: 8% apresentaram altos níveis de depressão antes e após a perda até os 18 meses
5. Padrão de depressão melhorada: 10% mostraram altos níveis de depressão antes da perda que diminuíram drasticamente entre os 6 e 18 meses após a perda.

Nos casos em que o idoso possui doença crônica e incapacitante é comum que ocorra o luto antecipatório, ou seja, o luto pela pessoa ainda viva. Segundo Oliveira e Lopes (2008) um idoso pode conviver por tempo prolongado com seu cônjuge sob cuidados paliativos, tornando o luto antecipatório uma realidade. No entanto isto não significa que esse luto possa ser sempre completo, pois mesmo que as pessoas se preparem, sempre há

coisas que não podem ser antecipadas (PARKES, 1998).

Para Silva et al., (2007) é possível superar as perdas desde que o indivíduo conte com fatores que lhe permitam apoio, reflexão e tratamento. A perda de um ente querido alcança níveis elevados na escala de estresse e os indivíduos que sofrem perdas tornam-se mais vulneráveis às doenças, principalmente se na ocasião da perda não conseguem recursos internos para superá-la.

Até este ponto é possível sumarizar que o luto em idosos pode transparecer como um evento ainda mais complexo e de grande impacto, tanto nos elementos psíquicos e emocionais, quanto nos sociais e espirituais. Dessa maneira, a instrumentalização dos profissionais de saúde que atuam junto à essa população faz-se necessária, observando sempre os elementos que permitam apoio na superação do luto. Dentre esses elementos, destacamos a fé, a espiritualidade e a religiosidade como estratégias auxiliadoras na elaboração do luto, que serão discutidas adiante.

#### 1.4 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E O LUTO

Ao introduzir a discussão sobre religião, religiosidade e espiritualidade em um contexto científico, é necessário seguir a recomendação de Sarriera (2004) que argumenta sobre a importância de se esclarecer os diversos significados atribuídos aos conceitos de espiritualidade, religiosidade, bem-estar existencial, religião, dentre outros, apontando as procedências paradigmáticas dos mesmos.

Segundo a World Health Organization (1998), a religião é definida como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador

do universo que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo. Complementando esta definição, o dicionário Aurélio de língua portuguesa (FERREIRA, 1999) define religião como a “crença na existência de uma força ou forças sobrenaturais, considerada(s) como criadora(s) do universo, e que como tal devem ser adorada(s) e obedecida(s)”. Este conceito envolve um sistema de pensamento específico ou posição filosófica, ética ou metafísica.

Desta conceitualização emerge a necessidade de diferenciação de dois outros termos, semelhantes entre si, porém com suas especificidades: *religiosidade* e *espiritualidade*. O primeiro refere-se a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Já, espiritualidade coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver, não se limitando a alguns tipos de crenças ou práticas religiosas (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001).

Segundo Koenig, McCullough e Larson (2001), a religião se distingue da espiritualidade por adição de dois critérios. O primeiro refere que algumas formas de religião não se relacionam com a busca de aspectos sagrados, mas sim de objetivos externos. Como exemplo, o envolvimento religioso pode refletir a necessidade de aumento nos contatos sociais, status comunitário e quaisquer outros benefícios não relacionados à busca do divino. O segundo ponto envolve a realização de rituais e/ou comportamentos prescritos que são reforçados em um determinado grupo religioso. A este tipo de manifestação os autores denominam como “religiosidade extrínseca”.

O termo espiritualidade corrobora com o conceito de “religiosidade intrínseca” que se relaciona com o caráter individual, menos visível e



mensurável, mais subjetivo e menos formal, geralmente não orientado doutrinariamente. A espiritualidade é uma dimensão importante do homem, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que é cada ser humano e que o ajuda a diferenciar-se do outro ser humano. Verificamos que esta dimensão implica em expressão de sentimentos, vivência individual e uma interação com o meio ambiente, com os outros e com um Ser Supremo. É através da espiritualidade que se manifesta o sentido para a vida (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001).

Segundo World Health Organization (1998) as crenças pessoais podem ser definidas como quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e que forma a base de seu estilo de vida e de seu comportamento. Na antropologia o termo crença é quase equivalente ao termo visão de mundo, o que faz da crença algo como a menor unidade da cultura que condiciona as práticas sociais e a compreensão das experiências ao longo da vida (DALGALARRONDO, 2008).

Para o mesmo autor crer, ter fé, é algo fundamental para as pessoas, não apenas no seu aspecto intelectual ou interno ao campo subjetivo, mas, sobretudo, porque crer implica numa dimensão performativa dirigida ao mundo externo; ter fé é sempre invocar concretamente o poder do mundo espiritual para os eventos e as experiências do cotidiano.

Mesmo com essas definições é prudente salientar que, por se tratar de uma temática controversa e resultante de uma nova concepção paradigmática, estes conceitos ainda não estão bem definidos, encontrando diversas contraposições na literatura (SOUSA et al., 2004; SARRIERA, 2004; FLECK et al., 2003).

A religião, incluindo seus termos correlatos e, como fenômeno humano, é um dos objetos de investigação dos mais complexos, pois ao mesmo tempo é experiencial, psicológico, sociológico, antropológico, histórico, político, teológico e filosófico (DALGALARRONDO, 2008).

Com o passar dos anos, a discussão dos efeitos negativos, neutros e/ou positivos da religião na saúde das pessoas tem se mostrado controverso. Na idade média, por exemplo, as ordens religiosas foram responsáveis pelo surgimento de várias práticas de cuidados e de hospitais. Entretanto, por centenas de anos, houve a crença de que muitas desordens físicas e mentais eram resultado de possessões demoníacas e outras forças espirituais (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001).

Devido a ascensão da medicina científica houve um desinteresse pela discussão de conceitos religiosos e espirituais na saúde. Todavia, as últimas décadas revelam o ressurgimento do interesse em discutir o papel da religião na saúde (CAVALCANTI, 2004).

Segundo Koenig, McCullough e Larson (2001), várias são as razões para essa recente aproximação entre ciência e religião. A primeira relaciona-se com o poderoso papel que a religião continua a exercer sobre a vida de muitas pessoas, apesar dos significativos avanços da educação, psicologia e medicina. Essa razão é embasada na ideia de que com o avanço científico, haveria um declínio das práticas e crenças religiosas na nossa sociedade, o que não é verdade.

A segunda razão para o aumento do interesse entre religiosidade e saúde provém das recentes mudanças econômicas e demográficas. A explosão populacional após a II Guerra Mundial e o aumento da expectativa de

vida oriunda do avanço tecnológico da medicina resultaram em uma mudança demográfica com fortes repercussões na assistência em saúde, principalmente do ponto de vista econômico. Assim, a atual tendência de se explorar aspectos preventivos e promotores de saúde, justificados pela necessidade de conter custos na área, correlaciona-se com o interesse no tema abordado (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001).

Ainda para os mesmos autores, a mudança do paradigma das ciências médicas, onde o aspecto medicalizado, impessoal e biológico perde valor perante a visão holística na abordagem ao indivíduo que necessita de cuidados, configura-se na terceira razão para o aumento do interesse nos aspectos religiosos e espirituais na saúde.

Neste contexto, estudos sobre a associação entre religiosidade, espiritualidade e saúde têm se mostrado como uma vertente excepcionalmente emergente no contexto científico das áreas da saúde, especialmente da medicina e da psicologia. Em uma revisão de 100 anos de literatura realizada por Koenig, McCullough e Larson (2001) evidencia que, mesmo configurando-se em um tema subjetivo e complexo, grande parte das produções relacionadas à religiosidade, espiritualidade e saúde não consideram essa subjetividade, abordando o tema com métodos, até certo ponto, cartesianos.

Dentre os diversos aspectos e associações estudadas sobre a relação entre saúde e espiritualidade, o enfrentamento religioso, comumente chamado de “*coping*” religioso, possui íntima relação com o objeto de estudo da presente tese. “*Coping*” é geralmente compreendido como os esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo para gerenciar (reduzir, minimizar, tolerar e controlar) as demandas internas e externas que envolvem a pessoa e são

avaliadas como onerosas ou que esgotam os recursos da própria pessoa. As estratégias de “*coping*” adaptativo são aquelas que levam a redução ou minimização de consequências negativas ao funcionamento psicossocial ou à saúde física do luto. Em outras palavras, o conceito de “*coping*” adaptativo implica em certas estratégias que, especificamente, levariam à diminuição das consequências negativas do luto, a curto e longo prazo (HANSSON; STROEBE, 2007).

Segundo Folkman e Lazarus (2001) é importante notar que o “*coping*” tem relativamente pouca influência na adaptação e recuperação quando comparado aos fatores relacionados ao tipo de morte, a história pessoal e a personalidade do enlutado. Contudo, o “*coping*” mostra-se importante por ser um dos poucos fatores que influenciam as consequências do luto que são suscetíveis à intervenções breves.

Conforme explicam Panzini e Bandeira (2007), o conceito de “*coping*” religioso/espiritual (CRE) está inserido nas áreas da psicologia cognitivo-comportamental, psicologia da religião, psicologia positiva, psicologia da saúde e do escopo de estudos sobre religião e saúde, medicina e espiritualidade.

Quando as pessoas se voltam para seus aspectos espirituais ou religiosos para manejar as situações de estresse, ocorre o *coping* religioso. Koenig, McCullough e Larson (2001) o definem como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas de situações de vida estressantes.

Conforme esclarecem Panzini e Bandeira (2007) em sua revisão, o CRE pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema

quanto para a emoção, bem como à liberação de sentimentos negativos relacionados ao estresse, podendo, então, apresentar caráter não adaptativo.

Para as mesmas autoras, define-se como CRE positivo as estratégias que proporcionem efeito benéfico/ positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor como benéfico, entre outros. Já o CRE negativo caracteriza-se por envolver estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou frequentadores/membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal, dentre outros.

Hays e Hendrix (2008) defendem que o enfrentamento (coping) religioso no luto é particularmente importante por dar ênfase na atribuição de significados aos eventos de vida, significados estes permeados por crenças religiosas, sistemas éticos e morais. Além disso, o enfrentamento do luto está diretamente relacionado com as práticas religiosas organizacionais (ida a cultos, missas ou templos) e não organizacionais (preces e orações, leitura de textos sagrados, dentre outros).

Para Pargament et al. (1988), é comum que pessoas religiosas encontrem estratégias de construção cognitiva de natureza religiosa, quando estas se deparam com eventos de vida estressantes como o luto, especialmente em situações que os recursos próprios parecem ser inadequados para gerenciar as mudanças advindas da perda. Além disso,

peessoas religiosas buscam fins religiosos como parte do processo de ajustamento e selecionam estratégias religiosas para atingir esses fins. Segundo Walsh et al. (2002) muitas crenças espirituais contém princípios que explicam o curso da existência humana e essas crenças podem fornecer subsídios para que o enlutado compreenda a sua história pessoal e use estes elementos para resolver o luto mais facilmente.

Becker et al. (2007) realizaram uma revisão sistemática na literatura mundial sobre as crenças religiosas e espirituais e sua influência no luto e no ajustamento de enlutados. Entre 1990 a 2005 foram incluídos 32 artigos cujas principais características são apresentadas no Quadro 1.

Característica	Resultado	Número de artigos
País de Origem	EUA	26
	Austrália	03
	UK	02
	Canadá	01
Metodologia	Quantitativos	21
	Qualitativos	04
	Quanti-qualitativos	06
	Revisão de literatura	01
Formação dos autores	Psicologia	12
	Medicina	04
	Sociologia	04
	Serviço Social	02
	Enfermagem	01
	Multidisciplinar	09

Quadro 1 - Resultados da revisão sistemática realizada por Becker et al. (2007)  
Fonte: BECKER et al. (2007)

Os resultados desta revisão revelam que existe um conflito entre evidências que atribuem um aspecto positivo à religião no processo de enfrentamento da perda. Muitas pesquisas têm mostrado atributos positivos da religiosidade no luto (22 estudos). Entretanto, seis estudos encontraram efeitos positivos limitados e dois estudos não encontraram nenhum efeito positivo da religião em relação ao luto. Contudo, apenas um artigo mostrou efeitos negativos – aumento da depressão (BECKER et al., 2007). Entretanto, na revisão feita por Hays e Hendrix (2008), tanto os estudos longitudinais quanto os seccionais foram consoantes e evidenciam a percepção da religiosidade como elemento que contribui positivamente na adaptação à perda.

Considerando o arcabouço teórico exposto, penso que a religiosidade e a espiritualidade dos idosos, especialmente por estes aspectos estarem mais evidentes nesta fase da vida, podem influenciar o processo de luto pela morte de seus cônjuges. Portanto, compreender os aspectos religiosos e espirituais de idosos enlutados pode instrumentalizar muitas das ações dos profissionais que lidam com esta população.

## ***2. PRESSUPOSTOS E OBJETIVO***

---

---



Conforme define Turato (2010, p.119) tese é:

um trabalho de pesquisa científica que o autor propõe um problema, faz uma pergunta ou levanta **pressupostos** (grifo nosso) que devem ser respondidos através do emprego de recursos metodológicos adequados para chegar à elaboração de novos conhecimentos e contribuir com algo novo às teorias científicas, [...].

Neste contexto, pressuposto é um correspondente latino do termo hipótese que, por sua vez, remete à ideia de algo não provado, mas assumido com propósito de argumento.

Partindo da ideia de que a realização de uma tese depende da formulação de hipóteses ou pressupostos claramente definíveis, e considerando os achados discutidos no capítulo anterior adoto como **pressupostos** para o presente estudo:

- A relação entre idade avançada e elaboração do luto apresenta-se controvertida na literatura, pois o conjunto de perdas que se acumulam com o passar dos anos pode resultar tanto em um complicador quanto em um facilitador do processo de elaboração do luto.

- Os significados de morte e luto ligados às crenças religiosas e a espiritualidade podem, de alguma maneira, interferir na elaboração do luto, configurando-se em um campo a ser trabalhado ao lidarmos com idosos enlutados.

Neste contexto a presente pesquisa apresenta como objetivos:

**Objetivo Geral:**

- Compreender os significados da vivência do luto em viúvas idosas e sua relação com a religiosidade e espiritualidade.

**Objetivos Específicos:**

- Identificar os significados de fé, crenças religiosas e espirituais

ligados ao processo de elaboração do luto;

- Identificar e discutir aspectos relevantes do processo de luto em viúvas idosas;

- Discutir as especificidades do luto em viúvas idosas e sua interface com as crenças religiosas e espirituais

### ***3. RECURSOS METODOLÓGICOS***

---

---

### 3.1 MÉTODOS QUALITATIVOS GERAIS

Diferentes visões de uma determinada realidade contemplam uma imensidão de perspectivas investigativas e de paradigmas as quais estão atreladas. Em metodologia, referências constantes são feitas a dois tipos de métodos: o quantitativo e o qualitativo (GUIMARÃES; MARTINS; GUIMARÃES, 2004).

Abro aqui um parênteses para tecer uma importante diferenciação entre método e metodologia. Conforme Turato (2010) o método científico é o modo pelo qual se constroem conhecimentos no campo da ciência. Refere-se à um conjunto ordenado de procedimentos que servem para descobrir o que se ignora ou para provar o que já se conhece. Por outro lado, metodologia científica é a disciplina que se ocupa em estudar e ordenar os muitos métodos de pesquisa de um determinado campo do saber. Assim, o emprego do termo metodologia qualitativa para a ciência relativa ao uso de métodos qualitativos em pesquisa configura-se em uma linguagem mais exata.

Apesar do recente histórico da metodologia qualitativa, suas bases já circunscreviam, há muitos séculos, aos campos de estudo da Filosofia. No entanto, o método qualitativo veio a adquirir status científico com trabalhos dos antropólogos, vindo, mais tarde, a se desenvolver entre os sociólogos e educadores (TRIVIÑOS, 1987). No campo da saúde, a psicologia, mais especificamente a psicanálise, teve importante contribuição, seguido mais recentemente da medicina e da enfermagem. Dentre estes, os pesquisadores da área da enfermagem têm apresentado expressiva produção na literatura específica com utilização de métodos qualitativos (TURATO, 2010).

Segundo Guimarães, Martins e Guimarães (2004), os desenhos dos

estudos qualitativos são flexíveis e evoluem ao longo da investigação, permitindo maior aprofundamento e detalhamento dos dados. Conforme salienta Triviños (1987), a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva, onde a descrição dos fenômenos está impregnada de significados que o ambiente lhes outorga. Busca-se a compreensão dos significados atribuídos ao fenômeno. Compreensão tem o sentido de “dar conta de entender interpretando os sentidos e significações dos fenômenos, captando a relação entre eles” (TURATO, 2010, p. 183). “Significado ou significação”, neste contexto, é a representação, um sinal, uma marca daquilo que representa o “querer-dizer” do indivíduo. Enquanto o sentido tem por objeto a própria coisa, a significação tem por objeto o sinal da coisa (TURATO, 2010, p. 248-249).

Segundo Minayo (1989, p. 10), a metodologia qualitativa pode ser compreendida como:

[...] aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Contemplando esta definição de um ponto de vista mais *estrutural*, o método qualitativo se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (TURATO, 2010).

Apesar dos excertos acima não contemplarem a complexidade das discussões sobre as características da metodologia qualitativa, servem de introdução para a explicação que abro, a seguir, sobre o método clínico-qualitativo, escolha metodológica que perpassa a realização desse estudo.

### 3.2 O MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO

A opção em realizar esta pesquisa utilizando o método clínico-qualitativo deu-se, principalmente, pela adequação de suas características com os objetivos propostos neste estudo. Trabalhar com pessoas enlutadas carrega, dentro do próprio tema, uma carga intensa de sofrimento, de sentimentos e angústias vividas e expressadas durante a pesquisa. Neste contexto, a possibilidade de se colocar frente à pessoa enlutada e compartilhar com ela as ansiedades e angústias advindas da vivência da perda permite que o pesquisador busque a compreensão das questões propostas identificando-se com o outro. Essa atitude “*existencialista*”, característica do método clínico-qualitativo, permite que o pesquisador acolha as angústias e ansiedades deste, possuindo, assim, uma atitude clínica, com olhos e ouvidos qualificados para compreender existencialmente os sofrimentos que acometem o outro (TURATO, 2010).

A atitude clínica que o pesquisador clínico-qualitativista deve possuir, nas palavras de seu idealizador, resume-se a:

[...] postura de acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo alvo dos estudos do pesquisador, assumida por este profissional, que assim inclina sua postura de escuta, seu olhar e suas múltiplas e interligadas sensibilidades, que interage com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação em direção àquela pessoa a quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente, empreendendo de forma sistematizada uma pesquisa dos fenômenos como percebidos por este indivíduo, e sendo primitivamente movido pelo desejo de ajuda a quem sofre (TURATO, 2010, p. 240).

O método clínico-qualitativo, adotado neste estudo, mostra-se particularmente útil para estudar fenômenos que tenham estrutura complexa, por serem de foro pessoal (íntimo) e/ou verbalização difícil, como é o caso da

morte do companheiro/cônjuge.

A partir dessa postura, Turato (2010), apresenta a ampla definição do que seria o método clínico-qualitativo de investigação científica:

A partir da atitude existencialista, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais e psicodinâmicos mobilizados na relação com sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador usando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinariedade (TURATO, 2010; p.242).

Ainda, para o mesmo autor, as principais características do método clínico-qualitativo podem ser enumeradas da seguinte maneira: (1) interesse pelas significações dos fenômenos de saúde; (2) possuir o ambiente natural do sujeito como campo de pesquisa; (3) valorizar as angústias e ansiedades existenciais; (4) contemplar elementos psicanalíticos básicos; (5) possuir o pesquisador como principal instrumento de coleta de dados; (6) poder o pesquisador compor sua teoria a partir de fragmentos (bricoleur); (7) ascendência do processo sobre o produto; (8) ter como ponto de partida conhecimentos teóricos e práticos; (9) possuir raciocínio indutivo e dedutivo; (10) o aprendido pela consciência do pesquisador reflete propriamente o fenômeno em exame (validade dos dados); (11) integração entre a apresentação dos resultados e a interpretação; (12) permitir a generalização de pressupostos finais como conclusão.

Neste contexto, a adoção do método clínico-qualitativo como um refinamento dos métodos qualitativos gerais, para a realização desse estudo, permite a investigação aprofundada de questões íntimas e carregadas de

sofrimento, o acolhimento das angústias e ansiedades desses sujeitos em uma atitude clínica e, fornece parâmetros eficazes para constatação da validade dos resultados.

### 3.3 O CONTEXTO DO ESTUDO

#### 3.3.1 *Local*

A presente pesquisa foi realizada dentro da área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Arapongas – PR. Trata-se de um município de 103 mil habitantes, elevado à categoria de cidade em 1947. Localizado ao norte do Estado do Paraná, é economicamente definida como pólo industrial moveleiro da região. Arapongas possui três hospitais e 29 Equipes de Saúde da Família distribuídas em 26 Unidades Básicas de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPONGAS, 2010). A escolha do local deu-se por ser o local onde atuo como docente do curso de graduação em enfermagem há mais de 10 anos.

#### 3.3.2 *Amostra*

A amostra estudada foi composta por viúvas idosas que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão:

- a) Idade igual ou superior à 60 anos;
- b) Sexo feminino;
- c) Residir em área urbana e de abrangência do PSF do município de Arapongas;
- d) Ter vivenciado a morte do marido há mais de um mês e



menos de 13 meses antes da data da entrevista;

Sobre o critério (d), é necessário que se esclareçam alguns pontos. Não há consenso na literatura sobre qual seria o período ideal para se realizar pesquisas com enlutados. Assim, a escolha do período igual ou superior a um mês após a perda e menor que 13 meses, deu-se pela reflexão de vários pontos de vista encontrados na literatura. O primeiro mês após a perda de um ente querido está destinado, muitas vezes, à realização de rituais, que inviabilizariam a entrevista nesse período. Parkes (1998) relata que a fase de entorpecimento, caracterizada por choque e negação da perda, dura de alguns dias a poucas semanas. Em relação ao prazo de um ano, Shugther e Zissok (1999) encontraram que apenas uma pequena porcentagem de viúvas apresenta dificuldades na elaboração do luto após 13 meses. Entretanto, cabe salientar que não existe um tempo pré-determinado para a elaboração do luto e que, pesquisas recentes vêm atribuindo um tempo maior para o que se considera elaboração do luto “normal” (BROMBERG, et al., 1996; SHUGHTER; ZISSOK, 1999).

Para este estudo adoto a amostragem por variedades de tipos, um modo de construção de amostras em estudos qualitativos que permite a escolha dos sujeitos segundo o arbítrio e o interesse científico do pesquisador, cuja resolução deve vir acompanhada de suas justificativas junto ao projeto (TURATO, 2010). Para que a presente amostra fosse consoante com a definição de amostragem por variedade de tipos, três características foram consideradas:

a) Por idade: Segundo Pickering (2004) idosos mais jovens (60 a 74 anos) possuem menos incapacidades, menor fragilidade e maior desempenho

cognitivo que idosos mais velhos (75 ou mais anos). Acredito também que as experiências de perda, bem como a resiliência se manifestem de maneira diferente entre as faixas etárias. Dessa maneira, optei por elencar idosos de diferentes idades, variando entre idosos mais jovens e idosos mais velhos.

b) Por tempo de luto: conforme explica Parkes (1998), apesar de não existir limite cronológico entre as diversas fases e manifestações do luto, pessoas que sofreram a perda há poucos meses tendem a atribuir significados diferentes à experiência do luto do que pessoas com mais tempo de elaboração.

c) Por Religião: Cada religião traz, dentro de sua doutrina, visões diferentes sobre a natureza humana e sobre a morte. Apesar do perfil religioso brasileiro sofrer grandes mudanças nas últimas décadas, as religiões católica e evangélicas possuem maior número de adeptos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Tendo como base os critérios definidos anteriormente, e as características consoantes a amostra variada por tipos descritas acima, foram efetivamente investigadas seis viúvas idosas (Quadro 2). O tamanho da amostra foi definido considerando-se dois critérios: a amostragem por saturação e a amostragem por variedade de tipos (TURATO, 2010). A saturação da amostra ocorre quando após certo número de sujeitos pesquisados, novas entrevistas passam a apresentar certa redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Dessa maneira, a presente amostra foi fechada quando houve a repetição de informações pelas participantes e não foram acrescentados novos dados que fossem relevantes. Entretanto, as seis viúvas que participaram do

estudo pertenciam a religiões cristãs e, em meu ponto de vista, investigar idosas enlutadas que pertencessem a outras religiões, ou que fossem atéias, acrescentaria informações novas e de grande relevância. No entanto, durante todo o período de coleta de dados, não surgiram viúvas idosas com afiliação ou crença religiosa diferentes das seis participantes efetivamente pesquisadas, sendo este fato determinante para o fechamento amostral.

Ainda, o número de participantes deste estudo condiz com a média encontrada por Turato (2010). Segundo este autor, dentre várias pesquisas concluídas utilizando-se o método clínico-qualitativo, o tamanho final das amostras varia, geralmente, entre 6 e 15 participantes, sempre em consonância com os objetivos e os ditames do campo.

Quadro 2 - Relação das idosas entrevistadas – Araçongas, 2010

	<b>Nome Fictício</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo da perda</b>	<b>Causa da morte</b>	<b>Religião</b>
1	Amélia	79	3 meses	Complicação de queda	Católica
2	Benedita	70	3 meses	Acidente de bicicleta	Católica
3	Cecília	64	4 meses	CA de garganta	Católica
4	Divina	83	8 meses	Atropelamento	Evangélica
5	Dulce	61	8 meses	Complicações clínicas de diabetes	Evangélica
6	Eva	70	1 mês	Cardiopatia	Evangélica

### 3.3.3 A técnica de coleta de dados

As participantes deste estudo foram investigadas por meio de entrevistas não estruturadas as quais foram realizadas nas residências das mesmas. As falas das participantes durante a entrevista foram registradas através de gravação de áudio em gravador digital e as minhas impressões sobre o comportamento, expressão emocional ou quaisquer outras informações que porventura não fossem captadas pela gravação foram anotadas por escrito

em diário de campo. Estas anotações incluíram o comportamento global da viúva, o estilo e as alterações da fala bem como os elementos da comunicação não-verbal. Para operacionalização da coleta dos dados optei por um roteiro de caracterização do sujeito entrevistado contendo informações que foram coletadas no primeiro contato com a viúva (Apêndice A) e uma questão aberta disparadora de verbalização (Apêndice B).

Conforme Turato (2010) o método clínico-qualitativo propõe a utilização da entrevista semidirigida (semiestruturada) como instrumento auxiliar para a coleta de dados. No entanto, Minayo (2007) refere que quanto menos estruturada uma entrevista for, mais permitirá surgir e ressaltar os aspectos afetivos e existenciais do respondente. Na concepção desta autora, a entrevista não estruturada aplicada neste estudo pode ser entendida como uma “*conversa com finalidade*” (MINAYO, 2007, p. 264).

Durante as entrevistas realizadas nesta pesquisa busquei encontrar fios relevantes para o aprofundamento da conversa, permitindo à participante liberdade para expressar suas crenças, angústias e pesares com vistas ao alcance dos objetivos.

Este procedimento corrobora com a proposta do método clínico-qualitativo que utiliza uma abordagem naturalística em relação ao local de estudo, ou seja, propõe que a pesquisa seja realizada em seu *setting* natural, pois a configuração ambiental engloba e preserva as incontáveis características e relações da pessoa, alvo dos estudos clínico-qualitativos. Ainda, no presente método, a pessoa do investigador é definida como o instrumento principal da coleta e registro dos dados, pois, são suas percepções que apreendem os fenômenos e sua consciência que os representa e elabora.

Os roteiros, tais como as entrevistas semi-estruturadas e os diários de campo servem apenas de instrumentos auxiliares do pesquisador (TURATO, 2010).

#### 3.3.4 A etapa de campo

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2009 e agosto de 2010. O método clínico-qualitativo prevê, durante a etapa de campo, que haja uma fase de aculturação do pesquisador onde deve processar “*a assimilação de idéias e costumes de uma sociedade*” a qual será investigada. Esta aculturação pressupõe uma relação entre as duas culturas: a do pesquisador que sofre mudanças por meio de um processo de assimilação em virtude da cultura da sociedade que o recebe (TURATO, 2010, p. 344).

Nesta pesquisa, o fato de ter trabalhado com idosos que residem na mesma comunidade durante grande parte de minha trajetória profissional e acadêmica, permitiu-me entrar em contato com as viúvas participantes sem a realização de uma fase de ambientação ou aculturação específica para esta pesquisa, pois a assimilação das idéias e dos costumes da comunidade onde estas idosas se inserem ocorreu durante o intercurso de minha prática profissional como docente.

Conforme foi definido no projeto inicial, a busca das participantes deveria ser feita utilizando-se as informações constantes nos registros dos profissionais das equipes de saúde da família do município de Arapongas - PR. Entretanto, logo após o início da coleta de dados, por ocasião de um concurso público realizado pela prefeitura do referido município, boa parte dos profissionais integrantes dessas equipes fora substituída. Assim, com a entrada dos novos profissionais a coleta de informações sobre possíveis participantes

do estudo ficou prejudicada, pois além dos dados dessa natureza não terem sido registrados de maneira sistemática, as novas equipes não conheciam, suficientemente, sua clientela adscrita. Dessa maneira, meu vínculo com as equipes anteriores foi importante nesse processo, sendo que algumas das participantes deste estudo foram localizadas utilizando-se informações que estavam em posse dos antigos profissionais das equipes. Em especial, destaco a participação de um aluno de graduação em enfermagem, bolsista de iniciação científica, doravante denominado *colaborador* que, por ter trabalhado como auxiliar de enfermagem durante muitos anos em uma das equipes, contribuiu de maneira imprescindível no levantamento de informações sobre possíveis participantes.

Partindo dos dados iniciais (nome, endereço, idade e tempo de luto), cada uma das idosas foi contatada por meio de visita domiciliar e convidada a participar da pesquisa. Em alguns casos, a entrevista foi realizada já na primeira visita e, em outros, houve a necessidade de se agendar um novo encontro para realização da mesma. Todas as entrevistas foram realizadas na residência da participante em horário e local convenientes para ambos após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Conforme atenta Franco (2010), os enlutados encontram-se em uma condição de maior vulnerabilidade, exigindo cuidados especiais quando participam de um estudo sobre a sua experiência. Uma postura cuidadosa do pesquisador deve ser adotada, no sentido de tornar o participante ciente de sua possibilidade de deixar a pesquisa e receber cuidados, caso sua participação tenha desencadeado revivências ou lembranças dolorosas.

Dessa maneira, durante toda a interação com as viúvas deste estudo,

estive atento a comportamentos, verbalizações ou quaisquer situações que indicassem algum tipo de dano psicológico para a enlutada e, caso fossem percebidos, seria garantido atendimento psicológico necessário para a viúva.

Entretanto, as participantes deste estudo não referiram qualquer sensação de estarem sendo prejudicadas durante o curso da relação. Ao contrário, algumas verbalizaram explicitamente que falar sobre a perda foi um alívio e consideraram a entrevista como terapêutica. Este fato coaduna com os encontrados por Parkes (1998), onde a maioria das viúvas pareciam agradecidas pela oportunidade de falar com liberdade sobre os problemas que as preocupavam.

### *3.3.5 Análise dos dados*

Realizei a transcrição na íntegra do conteúdo gravado em cada entrevista imediatamente após sua realização. Ainda, as impressões captadas por mim durante a interação (desde o convite até a despedida) também foram inseridas no material a ser analisado.

A análise de conteúdo, proposta inicialmente por Bardin (2004) pode ser definida como um conjunto de técnicas que buscam obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens. Na visão de Minayo (2007) a análise de conteúdo diz respeito à técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto. Segundo a mesma autora, existem várias modalidades de análise de conteúdo sendo a análise temática a mais simples e a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

No entanto, com intuito de se evitar as dúvidas e as críticas relativas às raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional, utilizo para esta pesquisa o refinamento e a particularização da técnica de análise de conteúdo proposto por Turato (2010) e descrito à seguir.

A primeira etapa de análise consistiu em repetidas leituras flutuantes do material coletado até chegar a uma espécie de “impregnação” do seu conteúdo. Em seguida, procedeu-se a etapa de categorização, definida como a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento. Após esta fase, o material foi organizado em categorias, à medida que os elementos constitutivos indicavam uma unidade de significado que atendessem aos objetivos da pesquisa. Para a categorização, foram adotados o critério de repetição (colocações recorrentes nos discursos) e o critério de relevância (falas que apesar de não serem repetidas, apresentam conteúdo rico para confirmar ou refutar os pressupostos) (TURATO, 2010).

Para a discussão das categorias, busquei elaborar um debate utilizando um arcabouço eclético de abordagens teóricas com intuito de derivar conclusões à partir de determinados pressupostos. Este processo denominado de inferência é, segundo Turato (2010), a razão de se recorrer à análise de conteúdo como procedimento de tratamento/análise de dados em pesquisa qualitativa.

Oportunamente, opto neste estudo pela concepção de significado proposta por Turato (2010, p. 464) na qual o termo significado representa “o querer-dizer para o sujeito” sobre um determinado fenômeno na “sua visão e entendimentos psicológicos e/ou socioculturais”.



### *3.3.6 Considerações éticas*

Seguindo as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa em seres humanos dispostos na Resolução 196/96 CNS, este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Norte do Paraná - UNOPAR, recebendo parecer favorável conforme Protocolo PP 0222/08 (ANEXO - A). Para todas as participantes deste estudo foram explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados afim de que tivessem condições de optar em aceitar ou não, a participar. Todas as viúvas contatadas aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém informações claras e em linguagem acessível referentes ao desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE C). A participação aconteceu por livre e espontânea vontade, garantindo o anonimato e o direito de abandoná-la, em qualquer fase de sua implementação.

#### ***4. APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES***

---

---

A seguir, apresento cada uma das viúvas participantes que compuseram a amostra deste estudo. Esta apresentação pretende, de antemão, trazer ao leitor algumas características de cada viúva e sua história, facilitando assim a compreensão das categorias elencadas posteriormente. Para tanto serão consideradas: o contexto social das idosas; a relação com o falecido e história da perda; atributos de religiosidade e espiritualidade; sentimentos e emoções verbalizadas e captadas durante a entrevista. Os nomes atribuídos aos personagens à seguir são fictícios, preservando o anonimato das participantes.

### ***Participante 1***

**Amélia**, 79 anos, dona de casa, analfabeta, é viúva há três meses exatos (na data da entrevista) do senhor Américo. Marido e filhos falecidos, mora sozinha em casa própria de alvenaria de aparência simples.

Amélia é aposentada e já trabalhou como agricultora. Católica, freqüenta a igreja periodicamente e, em suas falas é possível observar que sua fé em Deus e suas crenças religiosas permeiam o sentido de sua vida.

A participante foi-me apresentada pela enfermeira da equipe de saúde da família. O forte vínculo existente entre a enfermeira e a idosa facilitou minha aproximação e o aceite em participar da pesquisa. Amélia concordou em realizar a entrevista na primeira visita, não havendo a necessidade de agendarmos outro horário.

Sentados à mesa da cozinha, a conversa iniciou-se sem rodeios. Talvez minha ansiedade por realizar a primeira entrevista desta pesquisa tenha resultado em algumas “falhas” de comunicação e em alguns “esquecimentos”

de detalhes importantes a serem investigados. Apesar disso, a interação como um todo pôde ser avaliada como satisfatória, permitindo compreender vários aspectos do seu trabalho de luto correlacionados com os objetivos do estudo.

Amélia viveu muitas perdas em sua história de vida. Logo no início da entrevista, foi emblemática ao dizer: “...*então [...] eu conto dos filho já?...*” Mãe de 5 filhos, criou apenas dois, porém na data da entrevista todos já haviam falecidos. Refere que um dos filhos morreu com menos de 24 horas de vida e os outros dois eram natimortos. Dentre os filhos que conviveram com ela até a idade adulta, a filha morreu de câncer de mama há 20 anos seguido do filho por queda em um fosso de elevador um ano após a morte da irmã.

Sobre a morte do marido, Amélia conta que o senhor Américo sofreu uma queda próximo de casa, resultando em traumatismo crânio-encefálico. Após a queda, Américo permaneceu quatro meses acamado com várias complicações clínicas. Este período foi lembrado pela entrevistada como carregado de muito sofrimento, mostrando-se muito emotiva em seu discurso. Para Amélia, Américo era um idoso ativo e a queda que resultou em seu óbito foi inesperada:

... ai saiu de casa comendo um pedaço de bolo com um fiapinho de bolo de milho, saiu comendo bolo ficou meio tonto né, caiu lá, na hora que caiu não reconheceu mais ninguém... não sabia mais falá...

Refere que ainda tem crises de choro, insônia freqüente, sentimentos de solidão e preocupação constante por estar sozinha, principalmente à noite. Por meio de suas verbalizações, foi possível perceber que a enlutada encontrase na fase de “busca” do ente perdido, exemplificada pelo sentimento de “presença” do marido em alguns momentos do dia.

Por várias vezes Amélia transpareceu tristeza no olhar, com choro

momentâneo e algumas lágrimas, especialmente quando contava sobre o momento da morte do marido. Durante a entrevista, Amélia focou seu discurso em aspectos da perda, de perdas anteriores e nos sentimentos de solidão e tristeza atuais. Apesar de falar pouco sobre sua relação com o falecido marido, avaliou-a como “boa”.

### ***Participante 2***

**Benedita**, 70 anos, dona de casa, analfabeta, é viúva do senhor Benjamim há 88 dias na data da entrevista. Aposentada, trabalhou como diarista até os 55 anos de idade e atualmente mora, com um, filho na casa dos fundos de um dos filhos casados. Católica, participa de vários grupos organizados da igreja e mostrou-se muito religiosa em seu discurso.

Benedita foi me apresentada pelo colaborador desta pesquisa que possuía forte vínculo com a idosa. Segundo a enfermeira da unidade, Benedita procurou-a dias antes para conversar sobre a morte do esposo, evidenciando sinais de dificuldade em elaborar a perda. Na entrevista convite, Benedita pareceu-me bastante ansiosa e desconfiada. Era evidente seu semblante de dor e pesar. Após explicações detalhadas dos objetivos da entrevista, aceitou conversar comigo no dia seguinte. Na data combinada, ainda com certa desconfiança, pediu para que o filho lesse o Termo de Consentimento antes de assinar. Bastante ansiosa no início da entrevista, foi se tranquilizando no desenrolar da conversa.

Por se tratar da segunda entrevista realizada, alguns anseios e medos de minha parte ainda estavam presentes, especialmente no início da interação, momento em que a participante se mostrava bastante receosa e desconfiada.

Entretanto, com o desenrolar da relação, a sensação de calma e alívio expressada pela idosa ao falar sobre sua perda tranquilizou-me, resultando em uma entrevista satisfatória tanto em relação ao alcance dos objetivos quanto na expressão de sentimentos por parte da enlutada que referiu se sentir “melhor” após a entrevista.

Benjamim faleceu aos 75 anos. Ao voltar da missa sofreu uma queda de bicicleta fraturando a coluna cervical, convalescendo devido a complicações clínicas faleceu alguns dias depois.

Além da morte do marido, Benedita relatou também outras duas importantes perdas de sua vida: a morte de dois irmãos em menos de dois anos. Sua dor manifesta-se ainda bem forte ao dizer que se sente muito triste e que chora com frequência. Conta que uma de suas filhas está com mais dificuldades de elaborar a perda do pai, sendo que Benedita freqüentemente tem que “dar forças” para que a filha se tranquilize.

Tendo como base as falas e as impressões captadas na entrevista, Benedita demonstrou sentimentos de culpa por não ter feito algumas vontades do marido próximo à morte. Foi perceptível a sua dificuldade em elaborar a perda, mesclando negação e aceitação da morte do marido. Esses aspectos serão melhor discutidos adiante, pois tais achados compuseram algumas categorias analisadas neste estudo. Entretanto, estas impressões não são suficientes para indicar uma complicação no processo de luto, especialmente, ao considerar o pouco tempo decorrido da perda.

### ***Participante 3***

**Cecília**, 64 anos, dona de casa, aposentada, estudou até a 3ª série do

ensino fundamental. É viúva do senhor Cícero há 4 meses na data da entrevista. Trabalhou como dona-de-casa durante toda a vida ajudando esporadicamente as filhas na loja da família. Atualmente mora sozinha em casa própria de alvenaria e em boa situação sócio-econômica. Refere que os filhos a visitam com frequência por morarem próximos. Apesar de ser católica e frequentar a igreja regularmente, seu discurso demonstrou poucas referências religiosas e espirituais.

De maneira semelhante à participante 2, Cecília foi-me apresentada pelo colaborador da pesquisa. O convite foi feito enquanto estava ajudando na loja de sua filha, sendo que Cecília prontamente mostrou-se interessada em participar, agendando assim nossa conversa para a mesma semana. Na data e horários marcados, Cecília recebeu-me com expressão de simpatia e, após assinar o Termo de Consentimento e falar sobre seus dados de identificação, começou a contar sua história de perda. Sua fala rápida e por vezes repetida mostrava certo grau de ansiedade.

Em relação aos meus sentimentos como entrevistador, a simpatia de Cecília e seu interesse em participar do estudo permitiram-me conduzir a interação com mais segurança e tranquilidade.

Cícero foi diagnosticado com câncer de garganta um ano antes de seu falecimento. Segundo Cecília, era um homem de muitos excessos incluindo bebidas alcólicas, fumo e hábitos noturnos. Sua relação com o marido era claramente ambivalente: refere que o marido costumeiramente brigava com ela, que não a deixava sair de casa e que viviam discutindo, porém, diz que sempre sentiu muito carinho por ele, principalmente quando este ficou doente.

Cecília conta que a morte do marido representou um “alívio” para seu

sofrimento e que a lembrança deste momento lhe transmite paz e tranquilidade:

... então marcou aquela hora que ele se foi né... que ele se foi me olhando, olhando, devagarinho e foi e foi... [...] ...ficou uma lembrança bonita assim, aquela paz que ele teve... que parece que ele foi assim tão silencioso, tão em paz que não deu medo...

Após a morte do marido, Cecília enfatiza que o apoio recebido dos filhos, dos profissionais de saúde do hospital (em que passara muito tempo com o esposo internado) e da comunidade foi essencial para seu bem estar. Relatou de maneira enfática que as orações da comunidade religiosa, não só os católicos, mas também os evangélicos amigos e próximos foram importantes para a superação.

Cecília relata sentir saudades do marido e que comumente se percebe em comportamentos de busca pelo falecido. Não gosta de sair muito, porque tem a sensação de que o marido retornará.

Em seu discurso mostrou-se consciente que o processo de superação do luto é gradativo e não mostra fortes sinais de dor ou sofrimento durante suas falas.

#### ***Participante 4***

**Divina** (nome fictício), 83 anos, aposentada, viúva há 8 meses do senhor Durval. Mora em uma casa simples de madeira com o filho mais novo, a nora e uma neta de 4 anos. Analfabeta, trabalhou como doméstica até que seus problemas de saúde (cardíacos) a fizeram interromper suas atividades. É evangélica e mostra-se muito religiosa em seu discurso.

A visita à casa de Divina foi realizada a partir de informações captadas pelo colaborador com ex-funcionários da equipe de saúde da família



responsável por sua família. Em posse de seus dados de identificação, apresentei-me à idosa convidando-a a participar do estudo. Apesar de seu semblante transparecer desconfiança e seriedade, concordou prontamente em conversar comigo sobre sua história de perda. Por ser analfabeta, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi firmada pela nora que permaneceu durante toda a interação no cômodo ao lado.

Após o aceite, Divina começou a contar sua perda antes de iniciar a gravação, demonstrando certa ansiedade em falar logo sobre sua experiência. Em vários momentos a viúva questionou-me sobre minha vida pessoal e religiosa e buscou, em certas falas, convencer-me a aceitar sua doutrina religiosa.

Durval faleceu vítima de um atropelamento a caminho da casa de seu filho. A participante conta que o marido tinha acordado cedo e que, diferente do habitual, saiu sem portar seus documentos e dizendo para que ela não se preocupasse com ele. Horas depois, preocupada com a demora do marido, solicitou à nora que ligasse no seu celular. Um funcionário da funerária atendeu seu telefone, informando que o idoso havia falecido por atropelamento poucos minutos após sair de casa.

Divina refere que esse primeiro momento foi um choque, que muitas pessoas chegaram a sua casa após saberem do acontecimento. Apesar de ter sentido a perda e chorado muito a morte de seu marido, transpareceu muita tranquilidade e aceitação em relação ao acontecimento. Diz que nunca foi de reclamar e apesar de sentir saudade, aceita e compreende a perda como “*obra de Deus*” e que “*tudo o que Deus faz é bom!*”.

Outras perdas por morte fizeram parte da história de Divina. Um de

seus filhos faleceu com um ano de vida vítima de meningite. Ainda, seu filho mais velho veio a óbito após um acidente de carro anos atrás (não soube informar exatamente há quanto tempo). Divina conta que, após a morte de seu filho mais velho sofreu muito, que não esperava aquilo e que durante muitos meses não conseguiu aceitar a realidade da perda. Pelo caráter melancólico de seu tom de voz e suas expressões de tristeza, Divina deixou perceber que a perda do filho foi muito mais dolorosa e de difícil aceitação do que a do marido.

Seu discurso, sua postura durante a entrevista e sua história permitiu-nos concluir que Divina é muito resiliente, ou seja, apesar de grandes perdas na vida, demonstrou habilidade e capacidade de lidar com o luto atual de maneira mais satisfatória que as anteriores. Ainda, suas falas deixaram claro que é uma mulher muito religiosa e que atribui significados religiosos em todos os aspectos de sua vida.

### ***Participante 5***

**Dulce** (nome fictício), 61 anos, pós-graduada, é viúva há oito meses do Sr. Sebastian. Possui 2 filhos e atualmente mora com a mãe em uma casa de classe média. É professora de biologia para o ensino fundamental e médio desde 1984, porém está afastada sob licença médica. É evangélica, porém não se mostrou muito religiosa em suas falas..

Meu encontro com Dulce se processou de maneira diferente das demais participantes descritas até aqui. O convite para participar da pesquisa partiu do colaborador que, por conhecê-la de sua antiga área de atuação no PSF, cogitou a possibilidade de conversar comigo a respeito de sua perda. Dulce concordou de imediato em participar do estudo, agendando com o

colaborador uma data para que eu realizasse a coleta de dados.

Em posse de seu nome, endereço e características gerais, fui ao encontro de Dulce na data e horário marcado. A viúva me recebeu com simpatia, demonstrando interesse em participar da conversa. Antes de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Dulce fez vários questionamentos sobre os objetivos da pesquisa e os preceitos éticos. Apesar de demonstrar simpatia e interesse, mostrou-se um pouco ansiosa e apreensiva logo no início da conversa. Por várias vezes, ficou muito emocionada ao contar detalhes dos seus sentimentos relacionados a perda.

Sebastian faleceu devido a falência múltipla dos órgãos após uma sequência de complicações clínicas que duraram em torno de um mês. Dulce referiu que foi “um baque tremendo”, pois avalia como súbita a morte do marido. Conta que tem poucas lembranças do dia da morte e que se sentiu muito forte e com muita fé, porém com o passar dos meses sucumbiu à dor da perda: “... *sempre a mãe era a mulher maravilha ... e foi indo daí ... a mulher maravilha deu uma despencada...e feia!*”

Dulce conheceu Sebastian aos 13 anos, casou-se aos 16 e viveram 48 anos juntos, entre namoro e casamento. A participante conta que, com nove anos de casada, Sebastian foi perdendo, gradativamente, a audição fazendo com que a responsabilidade pelas atividades diárias e provento da casa ficasse a seu cargo. Essa necessidade levou-a a continuar seus estudos e tornar-se professora concursada pela Secretaria de Educação do Estado. Dulce é emblemática ao dizer “...*à medida que eu fui me projetando, ele foi encolhendo... né... e aí ele foi ficando cada vez mais dependente...*”

Alguns meses depois da perda, iniciou um processo depressivo e

ansioso, perdendo o interesse em sair de casa e manter vínculos de amizade. Queixa-se de sentimentos de menos valia e de ser interpretada negativamente pelos outros, fazendo com que fique mais retraída e com pouco interesse pelas relações com amigos e colegas. Atualmente está sob acompanhamento psiquiátrico fazendo uso de ansiolíticos e antidepressivos.

Tendo como base seu discurso e as impressões captadas durante a entrevista, ficou evidente sua dificuldade em aceitar a perda, transparecendo um quadro depressivo. A morte do marido não representava, a meu ver, apenas a perda de um ente querido mas também, a perda do sentido de vida, pois a relação de dependência dele para com ela, situação que motivou muitas de suas conquistas, havia se perdido.

### ***Participante 6***

Eva, 70 anos, aposentada, alfabetizada, é viúva do Sr. Edson há 30 dias na data da entrevista. Reside sozinha em casa própria de madeira simples e espaçosa. Trabalha em casa como costureira, ocupação que exerceu por quase toda a vida. É evangélica e mostrou-se muito religiosa e espiritualizada em seu discurso.

Eva foi indicada pela enfermeira da Unidade de Saúde da Família logo após a sua perda. Respeitando os critérios de inclusão propostos neste estudo, esperei que seu luto completasse 30 dias para convidá-la a participar da pesquisa. O convite aconteceu por meio de visita domiciliar e a entrevista ocorreu no mesmo dia por sugestão da participante.

Apesar de seu semblante sério e comedido, fui recebido com simpatia e interesse por Eva que prontamente começou a contar sua história de perda.

Conversar com Eva foi uma experiência interessante, pois meus sentimentos de segurança aliados a facilidade de expressão da participante resultaram em uma entrevista carregada de pontos positivos para ambos.

Edson faleceu vítima de problemas cardíacos e outras complicações clínicas. Segundo Eva, o marido havia sido internado pela primeira vez com um quadro de Acidente Vascular Cerebral tendo alta 4 dias depois. Após um período de acompanhamento domiciliar e estabilização do quadro, Edson foi internado novamente e faleceu 3 dias depois. Eva relatou com expressão de alegria e saudade que, dias antes de falecer, alguns familiares haviam organizado uma festa de aniversário de 50 anos de casamento.

Desde o início da entrevista, Eva demonstrou ser uma mulher muito séria e comedida. Apesar da perda recente, demonstrou poucos sinais de desespero, negação e desamparo. Não avaliou a morte do marido como repentina ou “de surpresa” e relata que não sentiu grandes pesares horas e dias após a perda. Entretanto, seu discurso, analisado mais adiante, onde mecanismos de negação foram evidentes, indicou que a realidade da perda ainda não se concretizou para ela.

Em relação ao seu relacionamento com Edson, Eva relatou ter sido harmonioso e que apesar dele ser um homem “nervoso”, teve muita paciência com ele e nunca quis contrariá-lo. Contou também, ter tido muitas perdas por morte em sua vida, sendo a perda da mãe a mais difícil de ser superada.

Eva mostrou-se muito religiosa e espiritualizada em seu discurso. Por várias vezes deixou evidente seu desapego pelos bens materiais e sua fé em Deus como ponto norteador de sua vida.

Apesar de seu discurso demonstrar ser uma idosa resiliente, alguns

aspectos da entrevista revelaram que Eva, inconscientemente, ainda não percebeu a realidade da perda.

## ***5. RESULTADOS E DISCUSSÃO***

---

---

A apresentação dos resultados obtidos nas entrevistas foi exposta e organizada em agrupamento de categorias, sem pretensão de hierarquização dos dados a partir de sua importância presumida ou da frequência de aparecimento nas falas. Não se pretende aqui, apresentar resultados generalizáveis além da amostra pesquisada, sendo que as inferências e interpretações desenvolvidas nesta tese referem-se, exclusivamente, ao contexto em que se realizou a pesquisa. Porém, as interpretações destes achados podem servir de subsídio para reflexões na tentativa de compreender o significado do luto em idosos e sua interface com a fé e as crenças religiosas em um contexto mais abrangente.

### **5.1 A fé em Deus como “combustível” para a superação do luto.**

A fé em Deus e as crenças religiosas que determinam a visão de mundo das viúvas entrevistadas aparecem de forma explícita nos relatos. Uma parte das entrevistadas deixou claro que a fé em Deus funciona como um “propulsor”, certo tipo de “combustível” para que a perda do marido seja superada e a dor do luto seja substituída por pensamentos e sentimentos positivos. A fala de Divina deixa evidente essa “positividade” com uso das palavras “força” e “coragem”:

... que ajudou mesmo foi Jesus, me deu força, me deu coragem pra eu agüenta e to aqui em pé!... (Divina)

Ferreira (1999) define força como vigor, robustez, saúde física, poder, energia física e energia moral, dentre outras definições. Já a palavra coragem significa força ou energia moral que leva a afrontar perigos. Coragem vem do latim *coraticum* e refere-se à habilidade de confrontar o medo, a dor, o perigo, a



incerteza e a intimidação. O relato de Divina nos mostra que sua fé em Deus, representada por Jesus, deu-lhe a habilidade de lutar contra a dor da morte do marido em um processo orientado para a restauração, considerando o Modelo Dual do Luto proposto por Stroebe e Schut (1999). Para Paula (2009) a fé implica na imagem de um Deus misericordioso e cuidador. A vivência do luto proporciona uma aproximação com Deus, buscando forças para lidar com a perda e com o sentimento de impotência.

De maneira semelhante ao encontrado no estudo realizado por Paula (2009), a fé em Deus aparece como algo que evita ou previne a depressão.

... Então a gente tem que ter muita fé em Deus pra gente superá né [...] é porque se a gente não tivé fé em Deus, não se apegá a ir pra igreja, rezá, tomá comunhão né [...] todos domingo eu vou à missa, se não fosse isso eu tinha entrado em depressão eu acho né, então isso ajuda muito a gente não entrar em depressão né! (Benedita)

Segundo Hays e Hendrix (2008) existem controvérsias entre estudos que avaliam aspectos religiosos e depressão em enlutados. Quando o enfrentamento religioso enfoca a crença na vida após a morte, geralmente são observadas associações positivas em relação ao humor dos enlutados. Entretanto, a religiosidade extrínseca, representada pela participação em cultos ou templos, não produz os mesmos efeitos ante o pesar e a depressão.

Apesar do discurso de Benedita estar carregado de elementos que denotam a religiosidade extrínseca como protetoras da depressão, o conteúdo geral de sua fala traz conceitos importantes de espiritualidade e fé, característicos de forte religiosidade intrínseca. Apesar da literatura apresentar pontos contraditórios sobre a associação entre religiosidade e depressão em enlutados, podemos inferir, neste caso, que tanto aspectos de religiosidade intrínseca quanto extrínseca foram verbalizados como protetores da depressão.

Complementando a discussão acima, outra entrevistada relata que a fé em Deus tem a capacidade de evitar crises de desespero e angústia.

... eu não tenho motivo de chorá, eu só tenho motivo de agradecê a Deus por o que Ele vem fazendo. Porque se eu não conhecesse Deus eu ia me descabelá, ia chorá muito né [...] quando eu entro em desespero, eu começo a clamá Deus, peço pra Deus ter misericórdia, porque a gente sem Deus não é nada né! (Eva)

... então eu não tenho motivo assim pra ficá desesperada. Eu tenho motivo assim pra dá graças a Deus, porque de tudo o que aconteceu, Deus ta me ajudando muito, é só Deus mesmo pra dá força pra gente. A gente vê assim que na hora da aflição, Deus vem e tira aquela angústia, já começo a pensá outra coisa né Então é muito bão a gente ser crente e confiá muito em Deus né! (Eva)

A leitura das frases acima permitiu visualizar claramente elementos de religiosidade intrínseca servindo como “combustível” para superar o processo de luto. Percebo ainda que a fé em Deus apresenta-se como redirecionador dos pensamentos ligados à perda para idéias ligadas a restauração e superação da perda.

Além disso, a fé e as crenças religiosas podem ajudar a viúva a amenizar os sentimentos de solidão advindos da morte do marido.

Segundo Weiss (2008) a perda do cônjuge priva a pessoa enlutada do suporte de vida cotidiano e da participação social. A solidão pode ser considerada um fator de risco para pior elaboração do luto. Para Ferreira (1999) solidão é definida como estado em que se está só, retirado do mundo.

Segundo Haddad (2008) ao pensarmos sobre a viuvez na velhice, é importante considerar que muitas vezes o idoso se vê sozinho pela primeira vez em muitos anos de casamento. Assim, o suporte familiar é de enorme valia na superação do sentimento de solidão e desamparo.

Segundo Parkes (1998, p. 26) *“pesar é uma reação a perda e solidão é uma reação à privação.”* A privação significa a falta de suprimentos essenciais

que foram anteriormente fornecidos pelo falecido. Esses elementos que ficaram ausentes após a perda têm origem diversa. Na maioria das vezes, são aspectos básicos, estabelecidos na relação de apego.

Para Amélia, um desses elementos básicos perdidos junto com a morte do marido é a companhia para dormir:

... todo mundo pergunta: 'a senhora ta dormindo sozinha?' Eu falei não, to dormindo com Deus, companhia minha é Deus, falei pra eles né [...] to continuando sozinha com fé em Deus, só com Deus ...  
(Amélia)

Na leitura da fala acima, fica perceptível como a enlutada utiliza a sua fé em Deus para preencher as lacunas da perda. Para ela, a companhia de Deus promove um alívio da solidão, sendo isso verbalizado a outras pessoas. Entretanto, observa-se ambivalência em seu discurso quando diz “*não, to dormindo com Deus*” e logo após complementa “*to continuando sozinha com fé em Deus*”.

## **5.2 A fé como transformadora do significado do momento da morte**

Vivenciar o momento da morte de um ente querido pode, para muitos, resultar em lembranças e sentimentos de separação, ausência, perda e horror. Segundo Kovacs (1992a, p. 9) “uma das imagens da morte é a da velhice, representada por uma velha magra, ossuda, sem dentes, feia e fedida. É a visão que nos causa repulsa e terror”.

Segundo Muckulincer e Shaver (2008), a lembrança do falecido ou quaisquer outras situações onde há a reativação do sistema de apego referem-se ao enfrentamento voltado para a perda dentro do Modelo Dual do Luto. Este modelo, proposto por Stroebe e Schut (1999) descreve o enfrentamento do luto

como uma oscilação entre duas orientações psicológicas, o enfrentamento orientado para a perda e orientado para a restauração. Assim, a elaboração do trabalho de luto depende da oscilação dessas duas orientações de tempos em tempos, permitindo a sua resolução ou complicação. Portanto, a lembrança da morte ou, especificamente, do momento da morte do marido relaciona-se, teoricamente, com o enfrentamento orientado para a perda por trazer ao enlutado aspectos ligados ao falecido e a perda.

Apesar da representação de morte comumente resultar em algo doloroso e terrível, as lembranças do momento da morte podem manifestar sentimentos de paz e calma, considerando especialmente o alicerce religioso de cada indivíduo. Esse sentimento de paz ao lembrar-se da morte do marido fica evidente na fala de uma das entrevistadas:

... então, fica aquela coisa, aquela imagem dele sabe, sofrendo, sofrendo. Na hora dele morrer foi tão lento que ele fico me olhando, fecho o olho devagarinho [...] e rezando, ai ele foi em paz que não deu movimento nenhum. Então marcou aquela hora que ele se foi né, que ele se foi me olhando, olhando, devagarinho e foi e foi.... (Cecília)

... ai eu fico muitas vezes sozinha e fico imaginando o sofrimento dele, imaginando a morte dele, que foi uma morte muito bonita, não foi aquela morte [ruim].... eu segurando na mão dele, rezando com ele, pedindo a Deus por ele né... (Cecília)

Vale a pena ressaltar que durante as verbalizações descritas acima, a entrevistada apresentava um semblante de paz e alívio ao recordar do momento da morte de seu marido.

Segundo a revisão de Kovács (1992a) o medo da morte diminui nas pessoas mais religiosas, visto que, os religiosos e os ateus convictos têm menos medo da morte que os medianamente envolvidos. Acredito que isto pode ser estendido à morte de outros, ou seja, ao processo de luto. Portanto, indivíduos que tem um forte alicerce religioso podem conceber a morte não

como um fim e sim como uma transição, o que facilitaria ao enlutado religioso construir significados positivos em relação a perda do um ente querido.

### **5.3 Os rituais religiosos e o luto**

Para Parkes (1998) as crenças e rituais que oferecem uma explicação para a morte e apoio social para expressão do pesar deveriam reduzir a confusão e possuir valor psicológico para expressar a dor. Porém, a responsabilidade por muitos dos problemas de saúde mental em enlutados é creditada ao declínio na prática de rituais de luto atualmente.

Segundo Kovács (1992a) o papel da religião é em parte o de socializar e dirigir os ritos de morte como forma de lidar com o terror. Conforme Franco, Mazorra; Tinoco (2002) os rituais são apontados como um facilitador para a elaboração do luto devido ao apoio social recebido durante os rituais. Além disso, o rito fúnebre afirma publicamente o direito do enlutado de sentir e viver seu pesar oferecendo condições para a expressão de sentimentos e construção de significado da perda.

No discurso de Amélia, não só a realização dos rituais parece ter permitido a construção de um significado positivo para o momento da morte, como também, as crenças e o simbolismo em que estão mergulhados esses ritos foram verbalizados como importantes:

...daí o padre veio aqui, da igreja São Francisco, veio aqui rezou por ele, passou aquela unção, o óleo né! Passou na testa dele, peito, rezou por ele ali, mas foi uma beleza o que ele fez! [...] ajudou que morreu que nem passarinho, e que fizeram lá na capela no cemitério... (Amélia)

Segundo Fromm (1966), um ritual, em um sentido amplo, é uma ação expressiva de anseios comuns, ligados a valores comuns e realizado

coletivamente. Assim sendo, um ritual racional (diferente do ritual irracional de característica obsessivo-compulsiva) tem por função exprimir anseios que são reconhecidos como valiosos pelo indivíduo. Outro aspecto deve ser considerado é o aspecto semântico. As religiões, tanto em seus ensinamentos quanto em seus rituais, usa uma linguagem simbólica. Essa essência simbólica é a expressão sensorial de experiências íntimas, de pensamentos e de sentimentos.

Pelo exposto, o simbolismo do ritual de extrema unção verbalizado por Amélia parece ter permitido a construção de um significado positivo acerca da morte do marido.

Para Walsh e McGoldrick (1998) durante toda a história humana e em todas as culturas, os rituais de luto facilitaram não apenas a integração da morte, mas também as transformações dos sobreviventes. Nos tempos atuais, passou-se a esconder a morte, tornando o processo de adaptação ainda mais difícil. A cultura ocidental tende a minimizar e desqualificar os rituais de luto, importantes para a construção de um significado para a perda que auxilie o enfrentamento do luto (KOVACS, 2003).

Cortella (2006) chama a atenção para esta desqualificação do ritual de luto como “espaço” para a expressão do pesar ao dizer que atualmente deixamos de velar (no sentido de tomar conta, cuidar) para velar (como cobrir, ocultar, esquecer ou apagar).

Logo, incentivar a realização de rituais que contribuam para a construção de significado da morte devem ser encorajados no trato à pessoas enlutadas, especialmente se esses rituais contemplam expressões de sentimentos e pensamentos ligados à crenças religiosas e à fé.

#### **5.4 A Igreja como suporte no processo de luto**

O suporte social, da comunidade, familiar, religioso e profissional recebido após a morte de uma pessoa querida é fator extremamente relevante para o enfrentamento do luto (MAZORRA, 2009).

Segundo Hays e Hendrix (2008), estudos têm mostrado efeitos positivos do suporte social religioso no bem-estar psicológico de enlutados. Para Parkes (1998) os religiosos são uma fonte tradicional de apoio e a pessoa religiosa geralmente encontra uma boa fonte de suporte espiritual e social.

Grande parte das viúvas entrevistadas mencionou o suporte social religioso, configurado pelos irmãos da igreja, como essencial para boa adaptação ao luto do esposo.

... isso [frequentar a igreja] é muito melhor pra gente... (Amélia)

... a minha igreja, as minhas irmãs da igreja vem fazer visita, telefona, pergunta: como é que cê tá? [...] então a minha igreja deu bastante suporte... (Dulce)

... a irmandade da igreja também tem me dado muita força, muita visita [...] por mim eu nem pousava aqui, ia pra casa das amigas, das irmãs né, e eu graças a Deus tô tendo muita força... (Eva)

A igreja, neste contexto, não se refere apenas ao edifício onde se celebram os ritos religiosos. Trata-se da comunidade ou do conjunto de fiéis que professam a mesma fé (FERREIRA, 1999). Portanto, não trazemos o termo igreja como uma instituição com dogmas, ritos e hierarquias definidos, mas sim como um grupo de indivíduos na sociedade que se interrelacionam mediados pela mesma crença.

Fica evidente nos relatos anteriores que o apoio prestado pela “irmandade” foi importante na vivência do luto. Este resultado corrobora com os achados de Paula (2009) onde a presença cuidadora também está focada na

comunidade religiosa, que expressa solidariedade no momento da perda.

Observo também nos relatos de uma das viúvas descritos a seguir que a religiosidade extrínseca (cultos, grupos de oração) configura-se em um importante espaço de convívio e interação social.

... a gente faz um encontro de vivência que se ajunta na minha casa, se ajunta na casa do outro vizinho, a gente já reza, já pede pra pessoa também, é tudo assim unido... (Cecília)

... Então quer dizer que ajudou demais né, todo mundo entrou em oração, todo mundo pedindo. Então é por isso que a gente não entrou em desespero pelo motivo da oração. A oração foi uma coisa que acalmou, foi porque era todos que pediam a oração pra ele [...] daí fizemo a novena pra ele, os vizinho todos vieram rezá junto ... (Cecília).

Hays e Hendrix (2008) referem que componentes de religiosidade extrínseca como participação em cultos e o atendimento dado por religiosos não apresentam os mesmos efeitos benéficos que os componentes mais espirituais. Todavia, na análise dos conteúdos verbalizados, percebo que os componentes extrínsecos de religiosidade mostraram-se importantes por proporcionar às viúvas espaços de socialização e de expressão de sentimentos essenciais para a elaboração do luto.

### **5.5 A fé explicando a perda e a crença na vida após a morte**

Segundo Cassorla (1992) o não-saber é uma das coisas mais apavorantes para o ser humano. Com ele perde-se a capacidade de controle, torna-se submisso a algo desconhecido e isso é desesperador. Surge, então, a necessidade de se criar “*verdades*” (grifo do autor), muitas vezes como parte do domínio da fé.

Algumas viúvas estudadas explicitaram em suas falas que a morte do esposo foi “obra de Deus” e como crentes, essa perda, apesar de toda a dor,



deve ser aceita de maneira inquestionável.

... acho que a gente tem o dia da gente né...que Deus chama a gente e tem que aceitá... (Benedita)

... eu passei 3 luto de morte da família né! Mas faze o que? Tem que conformá com o que Deus faz. Tudo que Deus faz é bom!.... (Divina)

... porque a vida e a morte ta na mão de Deus né, a gente tem o dia de vir no mundo e o de saí também, tudo é permissão de Deus... (Eva)

Percebo nos relatos que a fé e as crenças religiosas permitem às viúvas compreenderem a morte do esposo como um “chamado” de Deus. O caráter universal deste “chamado divino” correlaciona-se a universalidade da morte, pois todos um dia morrerão. Isso dá ao enlutado uma explicação para a perda e facilita a sua aceitação por considerar a morte como parte da obra divina. Conforme Paula (2009) a fé em Deus torna possível a superação da crise desencadeada pela falta de explicação da perda.

As religiões em geral tratam exaustivamente da questão da morte, ocupando um lugar central em seus ensinamentos. Nesses ensinamentos, a crença de que a morte representa uma transição do espírito para um “lugar melhor” onde os perjúrios e sofrimentos da vida terrena não existem pode permitir ao enlutado construir significados positivos à experiência.

...acredito que ele tá em bom lugar, porque ele era muito bom né [...] então eu espero que ele ta bem né... (Benedita)

A fala acima ilustra bem a afirmação de Torres et al. (1991) sobre a perspectiva de imortalidade em indivíduos religiosos. Segundo estes autores, um grande número de religiões judaico-cristãs encara a percepção de futuro como a expectativa de uma conquista para qual estamos avançando. A perspectiva de imortalidade para elas é a de uma perspectiva futura que

dinamiza o presente e atua sobre ele, uma vez que a qualidade de vida depois da morte vai depender das ações realizadas no aqui e agora. Logo, a perspectiva do futuro está vinculada a ação no presente e a futuridade é percebida como uma conquista para a qual se está avançando, a qual vai depender das ações no presente.

Do ponto de vista psicanalítico, as imagens de paz relacionadas à morte podem ser resultado de fantasias inconscientes sobre a morte como a ida para um mundo paradisíaco, regulado pelo princípio do prazer e onde não existe sofrimento, complementadas pelo encontro com figuras idealizadas como Deus ou algo similar (CASSORLA, 1992).

Segundo um estudo realizado por Franco, Mazorra e Tinoco (2002), os sujeitos que afirmaram acreditar em vida após a morte apresentaram menos complicações no trabalho de luto quando comparados a sujeitos que não possuíam crenças religiosas a respeito da vida após a morte. A crença em algum tipo de continuação da vida após a morte mostra-se confortante para os sujeitos. No entanto, deve-se atentar se a diminuição das reações de pesar não se deve a uma racionalização das emoções por meio de explicações religiosas.

De acordo com Paula (2009), o falar sobre a morte no ambiente cristão vem imbuído de imagens e conceitos vinculados à esperança. No mundo protestante, a morte está relacionada com salvação e encontro com o divino. A fé das pessoas expressa um arcabouço teológico de experiência pessoal e familiar.

Ao analisarmos a fala de Divina, percebemos sua racionalização sobre a vida após a morte baseada nos conceitos aprendidos na religião evangélica.

...depois da morte vem a salvação. Que a gente morre, mas num é no mesmo dia que a gente é salvo, no final né, no julgamento, no julgamento. Aí que a gente vai sabê né... (Divina)

Observamos nesse caso que a religião fornece subsídios conceituais que fomentam a crença na vida após a morte, sendo que estes conceitos, invariavelmente, geram diferentes visões e significados sobre a morte e o luto. É importante salientar que, apesar de todas as religiões apresentarem alguma visão sobre a vida após a morte do corpo, divergências dogmáticas são comuns. Isto reitera a necessidade de se conhecer o sistema religioso da pessoa enlutada, a fim de compreender quais elementos religiosos interferem no significado do luto.

Outro ponto importante dentro desta categoria diz respeito ao luto em casos de doenças graves e incapacitantes. Conforme explica Kovács (1992b), nestes casos, é comum o processo de luto ocorrer com a pessoa ainda viva, onde a idéia de perda já é elaborada, em ambos os lados constituindo o que denomina-se luto antecipatório. Muitas vezes, este processo pode gerar sentimentos ambivalentes naquele que cuida, surgindo o desejo de que o cônjuge morra para aliviar o sofrimento de ambos, despertando a culpa por tais sentimentos.

... ele ia sofrer muito, e a gente também né. Ai, entreguei na mão de Deus, falei: meu Jesus faz o que é melhor pra ele né! E Deus fez!... (Benedita)

A fé possibilita ao indivíduo pedir a morte do ente querido para aliviar o sofrimento. Ao atribuir a Deus a “decisão” pela morte do cônjuge parte da culpa é aliviada, pois a decisão final de acabar com o sofrimento através da morte não lhe cabe mais.

De todo o conteúdo analisado e das observações feitas não foram

encontradas estratégias negativas de enfrentamento religioso como questionar a existência, os atos de Deus ou redefinir a morte como punição divina. Vale salientar que estas estratégias negativas podem gerar consequências à saúde mental do indivíduo (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

### **5.6 O luto e a saudade**

Segundo Parkes (1998), a característica mais comum do luto não é a depressão profunda, mas episódios agudos de dor, com muita ansiedade e dor psíquica. Nessas situações, o enlutado sente muita saudade da pessoa que morreu, chora ou chama por ela. A palavra saudade pode ser definida como a recordação suave e melancólica de uma pessoa ausente, local ou coisa distante, que se deseja voltar a ver ou possuir (FERREIRA, 1999).

Para Paula (2009), a saudade oferece um referencial histórico da existência individual. Assemelha-se a um testamento da memória, uma herança da lembrança e uma presença na continuidade da existência dos enlutados.

... no começo a gente parece que tava mais conformado né, mas como tudo, mais dia passa, parece que é pior né, vai dando saudade, a gente vai sentindo a falta que ele faz... (Benedita)

Para Parkes (1998) a saudade, como traço característico do processo de luto, está atrelada a outra manifestação: a busca ou procura do falecido. A preocupação com pensamentos sobre a pessoa perdida e com acontecimentos que levaram à morte é comum em pessoas enlutadas. Essas lembranças são marcantes e a pessoa morta pode ser vista exatamente como era ou, em outras situações, a mulher enlutada pode sentir a presença ou a expectativa de que o marido “logo chegará”, como se tivera apenas saído de viagem ou algo

semelhante.

... acha falta dele na sala, acha falta aqui na mesa onde ele se sentava. Aí tem dia que a gente fica triste, desanimada, tem dia que a gente se anima mais um pouco e a vida vai passando assim... (Cecília)

Para muitos enlutados, especialmente aqueles que perderam companheiros de toda uma vida, datas como aniversário de nascimento, da morte, Natal ou quaisquer outras datas que tenham forte relação com o falecido podem desencadear as chamadas reações de aniversário. As reações de aniversário constituem-se em um fenômeno ligado ao luto, em que processos inconscientes, elicitados por fatores temporais, fazem com que o indivíduo reviva, no presente, situações passadas, de maneira deformada e mascarada (CASSORLA, 1991).

Segundo Cassorla (1992) as reações de aniversário são elicitadas por uma data, fazem o indivíduo passar por processos variados de manifestação: ansiedade, tristeza, surtos psicóticos, somatizações, dentre outros.

... com 2 meses ainda, você tem parece que a impressão que vai voltá, que foi fazê uma viagem. Ai vai caindo, vai caindo na real que não volta, ai vem datas comemorativas, igual agora foi dia dos pais, então é barra! (Dulce)

... não tive desespero não! A gente chora sim, e chora até hoje ainda né, mas não é desespero, é saudade, falta aqui dentro de casa né! Porque você vê, agora dia 20 fez 40 anos que nós casamo né, então foi uma vida que a gente viveu junto... (Cecília)

De maneira semelhante aos resultados encontrados por Paula (2009) a saudade e a busca convergiram nos relatos em conexão muito estreita com a fé religiosa.

... a gente tem dia que eu passo bem né, mas tem dia que dá um desespero, a gente chora bastante, muita saudade né! Mas com fé em Deus a gente tá levando ... (Benedita)

... tem hora que bate uma saudade muito grande. Parece que to vendo ele daí eu falo: 'Senhor, tira! Tira do meu pensamento essa saudade porque ele não é mais daqui mesmo!' O Senhor levou ele, então deixa ele em paz, tira ele do meu pensamento!... daí passa! (Divina)

... mas a gente não esquece né, a saudade é bastante, a roupa dele eu não posso vê, eu já juntei tudo porque num posso vê a roupa dele que eu choro. Então ta sendo difícil e fácil ao mesmo tempo, porque quem tem Deus tem tudo né! (Eva)

Ao analisarmos os discursos acima, especialmente na fala de Divina, percebemos que a fé em Deus é utilizada como estratégia para enfrentar a dor e a ansiedade que se entrelaçam com a saudade e a busca da figura perdida. Apesar da saudade e da busca serem reações esperadas no processo de luto, estas verbalizações me permite crer que o enfrentamento religioso pode minimizar a ansiedade, desviando o pensamento de aspectos ligados a perda para outros voltados à restauração.

### **5.7 Histórico de perdas e resiliência**

É comumente encontrada na literatura a afirmação de que quanto mais situações de perda um indivíduo possa apresentar em sua história de vida, maior será a probabilidade de um processo de luto ocorrer de forma anormal, ou seja, o acúmulo de perdas anteriores é visto como um dos fatores relacionados à dificuldade em elaborar o luto (BROMBERG, et al., 1996; PARKES, 1998; NERI, 2002; OLIVEIRA; LOPES, 2008).

Entretanto, ao analisar os dados obtidos nesta pesquisa, a presença de perdas anteriores, apesar de serem verbalizadas por grande parte dos entrevistados, parece não ter contribuído para pior elaboração do luto atual. Apesar de quatro das seis entrevistadas mencionarem perdas por morte de familiares e entes muito próximos, não ficou evidente que esses eventos contribuíram para a pior elaboração do luto atual. O conceito de resiliência,

entendido como o fenômeno no qual a superação de perdas passadas pode facilitar a adaptação de perdas posteriores, pode ser utilizado para explicar o presente resultado (LARANJEIRA, 2007). Isto é reforçado pelo fato de que a única viúva que apresentou indícios de má elaboração do luto atual não verbalizou, durante a entrevista, outras perdas anteriores.

Outro ponto importante foi encontrado no discurso de Divina, onde o fenômeno da resiliência aparece intimamente ligado à fé em Deus e às crenças religiosas.

... qué dizê que eu passei 3 luto de morte da família né, mas fazer o que?...tem que conformá com o que Deus faz... tudo que Deus faz é bom!.... Tem gente que maltrata Jesus, que Jesus não podia fazê isso, tirá filho meu, tirou meu filho mais velho, eu nunca abri a boca pra falá. Ele faz aquilo que ele qué, né! Eu ainda num sei o que vou passá, agora minha cunhada lá na UTI, num sei se ela vai morrê ou não, já entreguei nas mão de Deus... (Divina)

Retomando o que foi discutido anteriormente, a crença em Deus permite à viúva explicar o acúmulo de perdas durante a vida como algo que Deus fez como bom para a sua vida. Dessa maneira, a enlutada parece conseguir desenvolver mais sentimentos e atitudes voltadas para a restauração do que para a perda.

### **5.8 Negação como mecanismo de defesa no luto**

Segundo Friedman e Schustack (2004), a negação pode ser entendida como a recusa em reconhecer um estímulo que provoca ansiedade. Para Parkes (1998) a negação tem a função de adiar a dor até que a realidade se torne inevitável, ajudando o enlutado a preparar-se para a mesma.

O uso da negação como mecanismo de defesa no processo de luto foi percebido em duas das seis entrevistadas.

... no dia eu vou falar pra você que eu tenho pouca lembrança [...] minha cabeça se recusou a aceitar, e eu acho que quando veio a notícia pra mim foi, eu me lembro pouca coisa desse dia, e me senti muito forte né, com muita fé ... (Dulce)

... eu não chorei, eu não reclamei, parece que eu fiz tudo que parece que não foi eu [...] a minha sobrinha que mora em Ourinhos falo assim: 'Tia, a sua ficha não caiu ainda! A senhora ainda vai chorá muito!' ... (Eva)

Dulce relembra com exatidão a recusa em aceitar a morte do marido no primeiro dia após a perda. Conforme explica Bowlby (1979) a negação – como mecanismo de defesa inconsciente - é utilizada para evitar o contato com um evento de difícil aceitação. Entretanto, sentimentos podem ser evitados também de forma consciente e deliberada.

Walsh e McGoldrick (1998) relatam que a dissociação, a negação e a repressão de um indivíduo podem ser habilidades importantes de enfrentamento na sobrevivência e no controle de traumas e de perdas. Porém, a manutenção desses padrões pode ter consequências disfuncionais.

### **5.9 O luto mediado pela culpa**

Segundo Parkes (1998) a irritabilidade e a raiva no luto variam de pessoa para pessoa, de família para família e de períodos para períodos. Às vezes, é dirigida ao próprio enlutado como auto-acusação ou culpa.

...isso fica martelando e a gente perde o sono né... eu já sou ruim pra dormir... e aí eu acordo e fico imaginando, aquilo fica martelando na cabeça: porque que a gente num fez isso? Porque que a gente não fez aquilo? E isso é ruim pra gente né! (Benedita)

Atribuir culpa a si mesmo pode ser uma forma de proteger-se dos sentimentos de desamparo, temor de não-sobrevivência psíquica e abandono, sentir-se menos impotente diante da perda e da dificuldade de construir significado a respeito (MAZORRA, 2009).



No estudo realizado por Parkes (1998), sete das 22 viúvas pesquisadas expressaram idéias de auto-reprovação centradas em alguma omissão ou ação que pudesse ter causado dano ao marido ou perturbado sua paz de espírito. Com frequência, estes eventos eram banais e davam a entender que as enlutadas estavam procurando uma chance para se castigar, como se ao aceitar a culpa, pudessem de alguma maneira reverter o curso dos acontecimentos e ter de volta o marido perdido.

...ficava imaginando a gente podia tê feito isso, podia tê feito aquilo, ou o médico, foi descuido do médico que não cuidou dele direito né, mas eu acho que a gente não pode ficá se culpando [...] pensando que podia tê feito isso ou aquilo, a gente fica um pouco revoltada né! Mas não com Deus, eu nunca revoltei com Deus, eu revoltava porque a gente se culpa a gente e o médico. Então a gente conversa com um, com outro, a gente não tem que se culpar, chegou o dia né, acho que a gente tem o dia da gente né, que Deus chama a gente e tem que aceitá... (Benedita)

No relato acima, Benedita deixa claro que nunca sentiu raiva ou atribuiu culpa à Deus pela morte do marido. Apesar de não estar explícito na fala das outras viúvas entrevistadas, elas demonstraram que em momento algum sentiram raiva ou atribuíram culpa à Deus pela perda do marido. Este achado corrobora com a afirmação de Panzini e Bandeira (2007) que evidencia um uso consideravelmente maior de estratégias de *coping* religioso positivo do que negativo, em diferentes amostras de diferentes situações estressantes.

### **5.10 A depressão como reação à perda.**

Durante a coleta de dados e a análise, deparei-me com alguns dados que, apesar de estarem presentes no discurso de apenas uma das viúvas, mereceram constituir duas das diversas categorias aqui apresentadas. A escolha desta categoria e da seguinte como unidade de significado deu-se pelo

critério de relevância. Segundo Turato (2010, p. 446), este critério foge a uma certa ortodoxia da análise de conteúdo tradicional por “considerar em destaque um ponto falado sem que necessariamente apresente certa repetição no conjunto do material coletado”.

Dulce, em seu relato, conta que após o segundo mês da morte do marido iniciou um processo de depressão, rebaixamento da auto-estima, desmotivação e desinteresse que a levaram iniciar acompanhamento psiquiátrico, fazendo uso de antidepressivos.

... mas só que com o passar do tempo...eu fui entrando e estou [mostrou-se muito emocionada nesse momento]... e ainda estou [...] tenho passado por tratamento psiquiátrico,[...] agora faz uma semana eu já tou com outra medicação pra vê se eu reajo melhor... mas ta muito difícil pra mim [choro] ... (Dulce)

Segundo Bowlby (1979), no caso do luto normal e sem complicações, a fase de busca da pessoa perdida, intensa nas primeiras semanas e meses, gradativamente vai diminuindo e dando espaço para a fase de desespero, onde o enlutado reconhece a imutabilidade da perda vivenciando apatia, desmotivação e depressão. Portanto, abro parênteses para enfatizar que, os achados descritos aqui não se relacionam com a tristeza e o pesar “esperados” e, até certo ponto, “desejados” no luto pela morte de uma pessoa muito próxima. Refiro-me, sim, à exacerbações do caráter melancólico ou depressivo que transcendem a tristeza pela perda e se instalam como quadros depressivos.

A depressão como decorrente de má elaboração do luto é vastamente descrito na literatura, sendo que existe uma forte associação entre idade avançada e vulnerabilidade à depressão (PARKES, 1998; HANSSON; STROEBE, 2007; CARR, 2008). Carr (2008) em sua revisão da literatura refere

que, dependendo da amostra e dos procedimentos de mensuração, estudos tem demonstrado que 15% a 30% dos idosos apresentaram quadros clínicos de depressão em até um ano após a morte do cônjuge e que 40% a 70% apresentaram quadros de distímia.

O relato de Dulce deixa claro seus sentimentos de tristeza, desmotivação e baixa auto-estima como característica de um quadro depressivo decorrente da perda do marido.

... eu não tenho vontade de sair, não tenho vontade de me arrumar, muitos dias eu não quero nem tomar banho, só vou por obrigação mesmo. O meu mundo é dentro do quatinho ali que eu tenho meu computador, e o televisor, então ali é meu mundo, eu não quero conversar, eu passo a tarde inteirinha, eu só saio mesmo pra fazer a fisioterapia, hidroterapia [...] e mesmo a igreja, eu vou o dia que dá vontade, o dia que não dá eu não vou, a maior parte das vezes não dá, porque eu não quero conversar, não quero aquele ambiente, não é por não ir à igreja, é que eu não quero conversar, eu gosto de ficá quietinha! (Dulce)

Em seu discurso é possível observar que os elementos de religiosidade extrínseca, eficazes no enfrentamento do luto para as outras viúvas estudadas, não se mostraram importantes na tentativa de superação do seu processo de luto.

Do ponto de vista psicanalítico, a primeira aproximação entre luto e depressão está no texto clássico “Luto e melancolia” de Freud (1974). Nele, Freud aponta que a melancolia difere do luto normal pela presença de baixa auto-estima e pela auto-recriminação. Diferente do luto normal onde a escolha do objeto é de natureza narcisista. Este objeto narcisista valoriza o sujeito em si e sua perda provoca o rebaixamento da auto-estima. As críticas e acusações feitas a si, na verdade, são dirigidas ao objeto expressando a intensa ambivalência emocional da relação. Assim, o sujeito não aceita os sentimentos hostis para com o objeto e se culpa por tê-lo perdido, em razão aos desejos de

morte do objeto.

Ao analisar com mais afinco a história contada por Dulce, percebe-se evidências de ambivalência no seu relacionamento com o falecido esposo. Anos antes de sua morte, o marido começou a apresentar problemas de saúde e, gradativamente, uma forte relação de dependência foi se instalando. Segundo seu relato, ao mesmo tempo em que se sentia “útil” e valorizada nesta relação de dependência, sentimentos de irritabilidade e raiva pela situação denotam a ambivalência da relação.

... à medida que eu fui me projetando, ele foi encolhendo, né. E aí ele foi ficando cada vez mais dependente, os assuntos era pra eu resolver, aí já passou a ele me chamá de mãe, mãe isso, mãe aquilo, né! Então, eu falta até dessa dependência, né ... na verdade me irritava aquela dependência de “mãe que horas são”, era só levantá os olhos e olha pro relógio mas tinha que perguntá pra mim... então era assim, e ele achava que era só eu que sabia, muitas vezes eu também não sabia, e ele foi ficando assim, isso me irritava, mas ao mesmo tempo agora eu me sinto inútil... sabe aquela lacuna, aquela ausência vai pesando...(Dulce).

Outro elemento encontrado no discurso de Dulce é o estoicismo. Segundo Kovács (1996), o estoicismo é uma forma de manter o ego forte: “eu aguento”. A conformação/resignação é uma submissão, muitas vezes, como uma rebelião silenciosa. Esta defesa é muito valorizada pela sociedade do século XX, sendo a força e o silêncio da dor vistas como altamente desejáveis.

... sempre a mãe era a mulher maravilha, e foi indo, daí, a mulher maravilha deu uma despencada, e feia! (entrevistada se mostra muito emotiva)... então pra mim, agora, essa época tá muito difícil... (Dulce)

### **5.11 O estereótipo da viúva e sua influência no luto**

A condição de mulher viúva é evidenciada por um “estado” de estar associado à privação, à solidão, ao desconsolo e enfatizado na representação

de “estar em desamparo” (FERREIRA, 1999).

Conforme relata Possas (2008) desde o período do início da República, a mulher enviuvada teria que enfrentar um certo código estético e de disciplinamento inerente as limitações da viuvez. Uma série de comportamentos de reclusão social, de interiorização no privado demonstrando o recato, como etiqueta conveniente e demonstração de respeito à memória do cônjuge falecido exigia dela o cumprimento do luto, prática social que impunha não só trajés mais sóbrios, de preferência o preto, por um ano, como uma gestualidade contida e pouca demonstração de alegria.

...não sei o que as outras te falaram, mas eu sinto um pavor do que que o povo pode pensar... se eu vestir uma roupa [...] de por uma roupa vermelha, por exemplo. Tenho medo de conversar com os homens, por exemplo, amigos que eram amigos meus agora eu já to replicente, eu tenho medo. Fiquei assim com aquela impressão ‘o que que vão pensar de mim? Será que vão pensá que eu to com algum interesse?’ Fiquei assim, bem encolhida, sabe? Reprimida. E mesmo eu não tenho interesse pra olhar em ninguém, ainda é muito cedo mesmo, mas eu não tenho vontade de conversar com ninguém, pra mim, eu quero até passá reto, que não me vejam, é assim que eu faço! (Dulce)

... minha filha veio essa semana passada aí: Mãe sai, você se dava tanto com fulano, vamos comer uma pizza! Eu falei: Deus me livre, filha, mamãe não qué isso não! Tenho pavor dele pensá que eu possa ta mostrando algum interesse, quando na verdade não existe né, então é essas paranóias que eu tenho, que eu estou vivendo... (Dulce)

A leitura das falas acima me fazem pensar que, apesar de ter havido expressivas mudanças na visão geral da sociedade em relação ao comportamento das mulheres, muitos dos conceitos e “regras” sociais ainda estão fortemente arraigadas na cultura ocidental. Assim, a visão de que a viúva deve possuir um certo “padrão” de postura e comportamento pode influenciar negativamente a adoção de pensamentos, sentimentos e comportamentos que convirjam para a elaboração do luto e sua orientação para a restauração.

No relato de Dulce ficam evidentes as idéias de auto-recriminação em

relação a diversas ações orientadas para a restauração como conversar com amigos ou sair de casa. Percebe-se que essas idéias denotam um conteúdo de certo modo persecutório, racionalizados pelos conceitos morais impostos pela sociedade. Considerando a atual e crescente mudança da representação que a mulher possui na sociedade, com definição de novos valores, papéis e direitos, observa-se que suas justificativas não correspondem, necessariamente, a uma imposição da sociedade em inibir esses ou aqueles comportamento, mas sim, um mecanismo de racionalização para suas ideias de menos valia, privação e isolamento.

Entretanto, vale a pena salientar que, apesar de todas essas mudanças no padrão de comportamento das mulheres perante a sociedade, o estereótipo da viúva, vestida de preto, triste e constrita, ainda pode exercer forte ação na personalidade, permitindo ao ego a racionalização de algumas defesas.

## **6. CONCLUSÕES**

---

---

Tendo como base as discussões sobre as categorias temáticas elencadas no capítulo anterior, aliadas ao arcabouço teórico utilizado para compor esta tese, teço a seguir, algumas considerações que constituem-se em novos conhecimentos e novos pressupostos interpretativos na compreensão do processo de luto e sua interface com a fé e as crenças religiosas:

- A crença em Deus mostrou-se como um forte elemento construtor de significado orientado para a restauração da perda. Esta fé permitiu as viúvas direcionar os pensamentos e sentimentos orientados para a morte em outros, ligados a restauração do luto.

- A religião forneceu às viúvas uma “explicação” para a morte do marido. Tanto as crenças na vida após a morte quanto a atribuição da morte como um “chamado divino”, pareceu facilitar a aceitação da perda de maneira mais satisfatória.

- A Igreja, entendida como comunidade de fiéis que compartilham a mesma fé, proporcionou às viúvas espaço de socialização e de expressão de sentimentos, servindo como apoio essencial na elaboração do luto.

- A realização de rituais, especialmente aqueles imbuídos de significados religiosos, se mostrou importante na construção de um significado para a perda.

- A fé em Deus foi utilizada como estratégia de enfrentamento da ansiedade gerada pela saudade e busca da figura perdida, amplamente verbalizada pelas viúvas.

- Tanto a religiosidade intrínseca como a extrínseca foram verbalizados como protetoras da depressão e de sentimento de tristeza ligados à solidão.

- O histórico de perdas anteriores ao luto atual, parece não ter



contribuído para pior elaboração da perda. Portanto, o conceito de resiliência, onde a vivência de perdas passadas podem facilitar a superação de perdas posteriores, aplica-se à amostra estudada.

A ciência, em sua história, tendeu a atribuir um caráter negativo à religião, na maioria das vezes de cunho psicopatológico, criando uma lacuna entre a religiosidade/espiritualidade e seu verdadeiro papel na saúde mental das pessoas. A síntese acima evidencia que a espiritualidade, expressa como a fé e crença em Deus, e a religião podem possuir um papel mais positivo na elaboração do luto do que se considera comumente na literatura.

Portanto, novas pesquisas devem buscar compreensão mais aprofundada do papel positivo da religiosidade/espiritualidade na vida das pessoas, devolvendo à religião aquilo que lhe foi segregado no processo de secularização. Ressalto que essa busca deve ser desenvolvida por olhos distraídos dos dogmas religiosos existentes, evitando a defensoria desta ou daquela religião específica.

Pelo exposto, sugiro que novas pesquisas a respeito da construção de significado da morte e do luto contemplem indivíduos de características e crenças mais diversificadas quanto possível. Do ponto de vista prático, estes resultados devem chamar a atenção para que os profissionais que lidam com situações de luto e morte busquem integrar as crenças religiosas dos indivíduos sob seus cuidados na elaboração satisfatória do luto.

## ***REFERÊNCIAS***

---

---

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

ANDERSON, K. L.; DIMOND, M. F. The experience of bereavement in older adults. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 308-315, 1995.

ARCHER, J. Theories of grief: past, present and future perspectives. In: STROEBE, M. S. et al. **Handbook of bereavement research and practice**: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association, 2008. cap. 3, p. 45-66.

BALDESSIN, A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: NETTO, M. P. (Org.). **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 491-498.

BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, A. L. (Org.) **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 1995. p. 73-110.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª edição. Edições 70, 2004.

BARREIRA, K. S.; VIEIRA, L. J. E. S. O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 12, p. 332-7, 2004.

BECKER, G. et al. Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? a systematic review. **Palliative Medicine**, v. 21, p. 207-217, 2007.

BONNANO, G. A.; WORTMAN, C. B.; NESSE, R. M. Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. **Psychology and Aging**, v. 83, p. 1150-1164, 2004.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social/Secretaria de Assistência Social. Decreto Federal 1.948 de 3-7-1996: regulamenta a Lei n. 8.842, de 4-1-1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília: 4 jul. 1996. Seção 1.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudo Populacional**, São Paulo, v. 25, n. 1, jun. 2008.

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

BUCHNER, D. M. ; WAGNER, E. H. Preventing frail health. **Clin. Geriatr. Med.**, n. 8, p. 1-17, 1992.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. cap. 6, p. 58-71.

\_\_\_\_\_. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança. **Revista de Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

CARNELLEY, K. B. WORTHMAN, C. B.; KESSLER, R. C. The impact of widowhood on depression: findings from a prospective survey. **Psychological Medicine**, v. 29, p. 1111-1123, 1999.

CARR, D. Factors that influence late-life bereavement: considering data from the changing lives of older couples study. In: STROEBE, M. S. et al. **Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention**. Washington: American Psychological Association, 2008. p. 417-440.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994. p. 1-8.

CASSORLA, R. M. S. O tempo, a morte e as reações de aniversário. In: CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1991, p. 107-116.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

CAVALCANTI, R. O retorno do conceito do sagrado na ciência. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 87-99.

CORTELLA, M. S. **Não nascemos prontos**: provocações filosóficas. Petrópolis: Vozes, 2006.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Resiliência e saúde mental dos idosos. In: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. **Idosos e saúde mental**. Campinas: Papyrus, 2010. p. 11-31.

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família**. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio eletrônico**: século XXI. [S. l.]: Lexicon Informática, 1999.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-55, 2003.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company, 2001.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008.

FRANCO, M. H. P. Por que estudar o luto na atualidade? In: \_\_\_\_\_. **Formação e rompimento dos vínculos**: o dilema das perdas na atualidade. (Orgs.). São Paulo: Summus, 2010. p. 17-39.

FRANCO, M. H. P.; MAZORRA, L.; TINOCO, V. Fatores de risco para o luto complicado numa população brasileira. In: FRANCO, M. H. P. (Org.). **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002, p. 39-68.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. cap. 72, p. 609-617.

FREUD, S. Luto e Melancolia. In: \_\_\_\_\_. **Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. 18.

FRIEDMAN, H. S.; SHUSTACK, M. W. **Teorias da personalidade**: da teoria clássica à pesquisa moderna. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

FROMM, E. **Psicanálise e religião**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Livro Íbero-Americano, 1966.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

GUIMARÃES, L. A. M.; MARTINS, D. A.; GUIMARÃES, P. M. Os métodos qualitativo e quantitativo: similaridades e complementaridade. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs). **Método qualitativo**: epistemologia, complementaridades e campos de atuação. São Paulo: Vetor, 2004. p. 79-91.

HADDAD, D. F. **Vivências de perda e luto em idosos residentes em uma instituição asilar de longa permanência em Ribeirão Preto-SP**. 2008. 64 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2008.

HANSSON, R. O.; STROEBE, M. S. **Bereavement in late life**: coping, adaptation, and developmental influences. Washington: American Psychological Association, 2007.

HARDY, S. E.; CONCATO, J.; GILL, T. M. Resilience of community-dwelling older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 2, p. 257-262, 2004.

HAYS, J. C.; HENDRIX, C. C. The role of religion in bereavement. In: STROEBE, M. S. et al. **Handbook of bereavement research and practice**: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association, 2008. p. 327-348.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo**. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 22 de set. 2010.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford, 2001.

KOVÁCS, M. J. Medo da morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992(a).

\_\_\_\_\_. Morte, separação, perdas, o processo de luto. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992(b).

\_\_\_\_\_. Morte em vida. In: BROMBERG, M. H. P. F. et al. **Vida e morte: laços de existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 11-34.

\_\_\_\_\_. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LARANJEIRA, C. A. S. J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 327-332, jul./set. 2007.

LEBRÃO, M. L. O projeto sabe em São Paulo: uma visão panorâmica. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, T. A. O. **SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS, 2003.

LUND, D. A.; CASSERTA, M. S.; DIMOND, M. F. Impact of spousal bereavement on the subjective well-being of older adults. In: LUND, D. A. **Older bereaved spouses: research with practical implications**. New York: Taylor and Francis/Hemisphere, 1989. p. 3-15.

\_\_\_\_\_. The course of spousal bereavement in late life. In: STROEBE, M. S.; STROEBE, W.; HANSSON, R. O. **Handbook of bereavement: theory, research and intervention**. England: Cambridge University Press, 1993. p. 240-254.

MARRONE, M. **La teoria del apego: um enfoque actual**. Madrid: Psimática, 2001.

MAZZORA, L. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto**. 2009. 265 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 1989. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1989.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MUCKULINCER, M.; SHAVER, P. R. An attachment perspective on bereavement. In: STROEBE, M. S. et al. **Handbook of bereavement research and practice**: advances in theory and intervention. Washington: American Psychological Association, 2008. p. 87-112.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 32 -45.

OLIVEIRA, J. B. A.; LOPES, R. G. C. O processo de luto no idoso pela morte do cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, abr./jun. 2008.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, p. 126-135, 2007.

PAPALÉO-NETO, M. Ciência do envelhecimento: abrangência, termos básicos e objetivos. In: \_\_\_\_\_. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

PARGAMENT, K. I. et al. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **Journal for the Scientific Study Religion**, v. 1, n. 27, p. 94-104, 1988.

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

PAULA, B. **Corpos enlutados**: por um cuidado espiritual terapêutico em situações de luto. 2009. 370 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Humanidades e Direito, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2009.



PICKERING, G. Frail elderly, nutritional status and drugs. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, n. 38, p. 174-180, 2004.

PILGER, J. W. **Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família de Veranópolis-RS**. 2006. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2006.

POSSAS, L. M. V. Mulheres e viuvez: recuperando fragmentos, reconstruindo papéis. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 8., 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2008. Disponível em: <<http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPONGAS. **História**. Disponível em: <<http://www.arapongas.pr.gov.br/historia.php>>. Acesso em: 15 mar. 2009.

PRIZANTELI, C. **Coração partido: o luto pela perda do cônjuge**. 2008. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia do envelhecimento In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 72-78.

RAMOS, L. R. et al. Two-year follow-up of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 397-407, 1998.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 1. p. 40-48, 2003.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminilização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANDERS, C. **Grief: the mourning after**. New York: Wiley, 1989.

SARRIERA, J. C. Saúde, bem-estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas atuais. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 77-86.

SHUGHTER, S. R.; ZISSOK, S. The course of normal grief. In: STROEBE, M.; STROEBE, W.; HANSONN, R. O. **Handbook of bereavement: theory, research and intervention**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 23-43.

SILVA, A. I.; ALVES, V. P. Envelhecimento: resiliência e espiritualidade. **Dialogos Possíveis**, ano 6, n. 1. jan./jun. 2007.

SILVA, C. A. et al. Vivendo após a morte dos amigos: história oral de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 97-104, jan./mar. 2007.

SOUSA, P. L. R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of bereavement: rationale and description. **Death studies**, Filadelfia, v. 23, p. 197-224, 1999.

TELONIDIS, J. S. et al. The effects of widowhood on disable older women (The women's health and aging study). **OMEGA**, v. 50, n. 3, p. 217-235, 2005.

TORRES, W. C. et al. Algumas contribuições à pesquisa sobre a morte. In: CASSORLA, R. (Coord.). **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991, p. 131-143.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

VARGAS, H. S. **Psicogeriatría geral**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1994.

VERAS, R.; LOURENÇO, R. Do mito da cura à preservação da função: a contemporaneidade da jovem Geriatria. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2008.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. A perda e a família: uma perspectiva sistêmica. In: \_\_\_\_\_. **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 27-55.

WALSH, K. et al. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. **BMJ**, v. 324, n. 7353, 2002.

WEISS, R. S. The nature and causes of grief. In: STROEBE, M. S. et al. **Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention**. Washington: American Psychological Association, 2008. p. 29-44.

WORDEN, J. W. **Grief counseling and grief therapy: a handbook of a mental health practitioner**. 4. ed. New York: Springer Publishing Company Inc, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB): report on WHO consultation**. Geneva, 1998.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.



## APÊNDICE A - Roteiro para caracterização da entrevista

Entrevista N: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Duração em minutos: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade (anos completos): \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Com quem mora: \_\_\_\_\_

Situação econômica (renda familiar, moradia, aposentadoria): \_\_\_\_\_

Profissão/ Ocupação / Tempo: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Data da morte do cônjuge: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Anotações sobre a visita convite:

---

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE B – Questão disparadora

Gostaria que a senhora me contasse como foi e como está sendo passar pelo processo de luto de seu esposo/companheiro.

## APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Meu nome é Adriano, sou enfermeiro e vou desenvolver um estudo para o curso de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Chama-se "Sentidos e significados do enfrentamento religioso no luto de viúvas idosas", A senhora está sendo convidada a participar. Nesse estudo, pretendo conhecer quais os sentidos e significados atribuídos por idosas viúvas no enfrentamento do luto. A sua participação é muito importante porque poderá ajudar a entender melhor como as pessoas lidam com a morte do esposo/companheiro e quais elementos religiosos ajudam na superação do luto.

Para participar a senhora precisa realizar uma ou mais conversas comigo, onde poderá contar-me sobre seu luto e como suas crenças religiosas e espirituais lhe ajudaram nesse momento. Se você concordar, vou usar um gravador, pois cada palavra sua é muito importante e o gravador me ajudará a lembrar exatamente o que você disse. As conversas poderão acontecer em local e horário que esteja de acordo para nós dois. Depois da entrevista, se quiser, a senhora poderá ouvir a fita do gravador para conferir, acrescentar ou retirar informações. Garanto que ninguém saberá que essa entrevista foi respondida por você. Futuramente essa pesquisa poderá ser publicada em revistas para que outros profissionais saibam dos resultados desse estudo e assim poderão ajudar melhor as pessoas que necessitam de apoio na fase de luto.

Se, por causa das perguntas que lhe fizer, a senhora vier a apresentar estresse ou angústia, poderá me procurar para conversar. Você poderá me telefonar se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa. Se mesmo depois de participar da pesquisa a senhora resolver desistir, sua decisão será respeitada e não ocorrerá absolutamente nenhum problema ou prejuízo para você. Não haverá, de sua parte, nenhum gasto ou remuneração com a pesquisa.

Assinando este documento, estará registrando que entendeu e está de acordo com o que lhe foi dito e aceitando participar da pesquisa. Uma cópia deste documento ficará com senhora. Desde já lhe agradeço.

.....  
Adriano Luiz da Costa Farinasso

Fone: (43) 3024-1399 e (43) 9973-4550

Declaro que fui informado claramente sobre a pesquisa e estou de acordo em participar.

Nome do Participante: .....

Assinatura.....

.....de.....de.....





## ANEXO A - Parecer do comitê de ética em pesquisa



# Universidade Norte do Paraná

## Comitê de Ética em Pesquisa

### PARECER CONSUBSTANCIADO


**PROTOCOLO:** PP 0222/08  
**RESPONSÁVEL:** Adriano Luiz da Costa Farinasso  
**CATEGORIA DE PROJETO:** Capacitação

O Comitê de Ética em Pesquisa da Unopar analisou e APROVOU quanto ao aspecto ético o projeto "**Sentidos e significados o enfrentamento religioso do luto em viúvas idosas.**"

O CEP/UNOPAR estabelece:

- a) O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- b) O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UNOPAR (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que queiram ação imediata.
- c) O CEP/UNOPAR deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alteram o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP/UNOPAR junto com seu posicionamento.
- d) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/UNOPAR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- e) Semestralmente devem ser encaminhados relatórios parciais e ao término do projeto o relatório final.

Londrina, 16 de junho de 2009.

  
 Prof. Dr. Hélio Hiroshi Sugimoto  
 Presidente do C.E.P. UNOPAR