

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

UMA AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DO LUTO
CONFORME O MODO DE MORTE

CRISTINA M. MOURA

BRASÍLIA-DF, 2006.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

UMA AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DO LUTO
CONFORME O MODO DE MORTE

CRISTINA M. MOURA.

ORIENTADOR: PROF. MARCELO TAVARES

BRASÍLIA-DF, 2006.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador por dividir seus conhecimentos e colaborar com minha formação como pesquisadora e psicóloga clínica.

Agradeço a Ronaldo Ortegá, Júlia Camarotti e Marina Kohlsdorf, incansáveis auxiliares nesse estudo.

Agradeço a Nerícia Carvalho, Fernanda Fernandes, Cleuser Osse, Alessandra Kaji, Alexandre Domanico, Beatriz Montenegro e Jhenne Diniz.

Agradeço a Professora Gláucia Diniz, com quem aprendi muito no meu primeiro contato com uma família enlutada por suicídio.

Agradeço ao Professor Humberto Correa, que com sua linha de investigação contribuirá para minhas pesquisas futuras.

Agradeço aos participantes dessa pesquisa, que contribuíram com os relatos de suas experiências frente à perda de um ente querido. Em cada um deles pude presenciar a necessidade que todo ser humano tem de se afeiçoar e vincular a outro ser humano, a dor vivida ao perder um ente querido, mas principalmente, o poder de superação e aprendizado com dor da perda.

DEDICO ESSE TRABALHO

Aos meus pais, Petronilho e Amélia, que me deram o bem mais precioso que possuo: a Vida.

Ao meu esposo Luis Miguel, companheiro em todas as minhas realizações, por sua dedicação e incentivo para que esse trabalho fosse possível, com quem aprendi o sentimento mais poderoso e essencial ao ser humano: o Amor.

À minha irmã Adriana, pelo amor, suporte e companheirismo.

À minha avó Florentina, pelo carinho e compreensão com relação a minhas ausências durante esse trabalho.

À minha amiga Wilma, que mesmo distante geograficamente, está sempre presente em minha vida.

FUNERAL BLUES

Parem todos os relógios, desliguem os telefones,
Jogue-se aos cães um osso para que eles parem de ladrar
Silenciem os pianos e, com toques de tambor,
Tragam o caixão e deixem os enlutados virem.
Voem em círculos os aviões,
Escrevendo nos céus a mensagem: “ele está morto”
Ponham laços nos pescoços brancos das pombas
Usem os policiais luvas pretas de algodão.
Ele era o meu norte, meu sul, meu leste, meu oeste.
Minha semana de trabalho e meus domingos de folga.
Meu meio-dia, minha meia-noite, minha fala, minha canção:
Eu pensava que o amor fosse eterno: enganei-me.
As estrelas não são mais necessárias agora: dispensem todas;
Embrulhem a lua e desmantelem o sol;
Despejem o oceano e varram fora os bosques;
Pois nada mais agora pode servir.

W. N. Auden

Índice

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1: O LUTO.....	12
I - AS TRANSFORMAÇÕES DA VISÃO ACERCA DA MORTE E DO LUTO AO LONGO DOS TEMPOS E A INFLUÊNCIA NOS DIAS DE HOJE.....	14
II - O LUTO E SUAS REAÇÕES.....	15
III - O TRABALHO DE LUTO.....	22
IV - A MORTE E O LUTO SEGUNDO FREUD.....	26
V - ALGUNS DETERMINANTES DO LUTO.....	29
CAPÍTULO 2: A INFLUÊNCIA DO MODO DE MORTE.....	36
I – MORTES NATURAIS / ESPERADAS.....	37
II - MORTES INESPERADAS / ACIDENTAIS.....	39
III – MORTES POR SUICÍDIO.....	41
CAPÍTULO 3: MÉTODO.....	62
I - OBJETIVOS.....	63
II - COLETA DE DADOS.....	64
III –CASOS QUE COMPÕEM ESTE ESTUDO.....	65
IV - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO LUTO.....	67
V - O <i>GRIEF EXPERIENCE QUESTIONNAIRE - GEQ</i>	67
VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O <i>GEQ</i>	72
VII - A ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DO LUTO.....	72
VIII - PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DA ENTREVISTA.....	75
IX - PROCEDIMENTOS PARA APLICAÇÃO DA ENTREVISTA.....	86
X – MÉTODO DE ANÁLISE UTILIZADO.....	87
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	89
I – Os CASOS APRESENTADOS.....	90
II - CONTEXTUALIZANDO A HISTÓRIA DE CADA CASO.....	92
III – SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	137
IV – CATEGORIAS DE REAÇÕES DE LUTO.....	138
V – OUTRAS REAÇÕES DE LUTO.....	153
CAPÍTULO 5: DISCUSSÕES FINAIS E CONCLUSÕES.....	163
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	186

Índice de Tabelas

TABELA 1 - DADOS GERAIS SOBRE OS CASOS QUE COMPÕEM ESTE ESTUDO.....	91
TABELA 2 - CATEGORIA: REAÇÕES SOMÁTICAS.....	139
TABELA 3 - CATEGORIA: REAÇÕES GERAIS DO LUTO	142
TABELA 4 - CATEGORIA: ALÍVIO	150

RESUMO

Perder um ente querido por morte é uma das experiências mais difíceis para o ser humano. A pessoa enlutada se vê acometida por várias reações próprias do período que se segue à morte: o luto. O interesse desse estudo é acessar as reações comuns de luto e as reações específicas conforme o modo de morte, principalmente aquelas relacionadas ao luto por suicídio. Os relatos de tal experiência dos 13 participantes foram avaliados e divididos em três agrupamentos: mortes naturais/esperadas, mortes acidentais/inesperadas e mortes por suicídio.

Para este estudo, foi criada a Entrevista de Avaliação do Luto, baseando-se no questionário Grief Experience Questionnaire – GEQ, que avalia o luto de forma geral e o luto por suicídio. A entrevista, após reformulações e processo de validação, poderá constituir-se um útil instrumento para pesquisas futuras sobre o assunto, assim como para psicólogos clínicos que trabalham com pessoas enlutadas e percebem a necessidade de avaliar o processo de luto dessas pessoas, como forma de prevenção do luto patológico.

Foi possível observar no relato dos participantes enlutados por suicídio reações específicas pelo modo de morte, assim como a maior duração de algumas reações comuns de luto quando comparados aos enlutados por outros modos de morte. A compreensão do luto, principalmente por suicídio, obtida a partir deste estudo proporciona embasamento para o fornecimento de apoio a pessoas enlutadas. Este estudo constitui um passo importante para a formação e funcionamento de grupos de apoio a enlutados por suicídio.

ABSTRACT

To have someone beloved taken away by death lies among the hardest experiences a human being can suffer. The bereaved has many specific responses for the period that follows the death: grief. The aim of this research is to access the common grief responses and those specific to the mode of death, specially the ones related to bereavement by suicide. Interviews from 13 participants were evaluated and divided in three groups: natural/expected deaths, accidental/unexpected deaths and deaths through suicide.

The *Grief Evaluation Interview* was developed for this research, based on the *Grief Experience Questionnaire* (GEQ). An instrument for the assessment of grief responses, including those specific for suicide bereavement. The interview, after adjustments and validation, may work as an useful instrument for further research on the subject, as well as be useful to clinical psychologists who treat bereaved persons and have the need to evaluate the grief process as a way of preventing pathological grieving.

Specific responses related to the mode of death and higher length of some common grief responses could be noticed in the speech of the suicide bereaved participants when compared with bereavement from other modes of death. The comprehension of grief process, specially by suicide, from this research provides a foundation for supporting bereaved people. This research represents an important step towards the implementation and work of support groups for suicide bereaved people.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O ser humano enfrenta perdas ao longo da vida, dos mais variados tipos: objetos, juventude, projetos não concretizados e pessoas. A perda de uma pessoa pode acontecer por mudança geográfica, por rompimento de relações e por morte. A perda por morte é a grande e última perda. Grande porque há várias outras perdas adjacentes à perda da pessoa e última porque não é possível reaver aquele que foi perdido: a pessoa está morta. Essa perda, além da ausência do ente querido envolve também um grande temor do ser humano, que é a morte, a finitude da vida.

O interesse nesse estudo recai sobre a vivência dessa experiência, denominada *luto*. Buscou-se acessar as reações de luto dentro da experiência e contexto da perda de cada participante desse estudo e abordar se o modo de morte influencia na vivência do luto dos participantes. Assim, as reações dos participantes foram avaliadas a partir da divisão de seus relatos em três agrupamentos, que dizem respeito ao modo de morte: mortes naturais/esperadas, mortes inesperadas/acidentais e mortes por suicídio. Houve um interesse especial na vivência e reações dos participantes enlutados por suicídio, que relataram reações específicas devido a este modo de morte.

O acesso aos relatos dos participantes foi mediado pela *Entrevista de Avaliação do Luto*, criada inicialmente para este estudo, baseada no *Grief Experience Questionnaire – GEQ* (instrumento que avalia o luto de forma geral e o luto por suicídio). A entrevista ainda necessita de reformulações antes de passar pelo processo de validação, após o qual poderá ser útil em pesquisas futuras e aos profissionais de saúde que lidam com pessoas durante o processo de luto.

Pesquisas que objetivam a compreensão das reações de luto e seus determinantes são importantes para gerar subsídios para criação de serviços de apoio para pessoas que estejam passando por essa experiência que é tão difícil, e intervir caso necessário. Compreender as reações específicas do luto por suicídio é fundamental, porque as pessoas que passam por essa experiência lidam com uma dificuldade a mais, que se refere ao modo de morte: o suicídio. O suicídio é um comportamento humano antigo, mas pouco estudado ainda. O processo de luto do familiar de um suicida é menos conhecido ainda. Além dos sentimentos próprios do luto, que compõem independente do modo de morte, essas pessoas se vêm com sentimentos *adicionais*: culpa, vergonha, sensação de estar sendo estigmatizado e raiva. A tendência é então o isolamento ainda mais acentuado que aquele apresentado por outros enlutados. Sabe-se que para cada suicídio consumado, de 5 a 10 pessoas são severamente afetadas, entrando também para o grupo de risco (OMS, 2000).

Para as finalidades desse trabalho, serão apresentados uma visão histórica do luto, suas reações, suas fases, como acontece o processo de luto e alguns determinantes no Capítulo 1. No Capítulo 2 serão abordadas as reações conforme os três diferentes modos de morte (naturais/esperadas, acidentais/inesperadas e suicídio). No capítulo 3 serão apresentados o método utilizado, os instrumentos de avaliação de luto, o Grief Experience Questionnaire e construção da Entrevista de Avaliação do Luto. No Capítulo 4 serão apresentados os resultados desse estudo. No Capítulo 5 serão apresentadas a discussão dos resultados, conclusão e sugestões para estudos futuros.

Esse trabalho constitui parte de um processo de conhecimento, que visa a construção de um corpo teórico sobre o tema e a formulação e implementação de um modelo de suporte a enlutados por suicídio.

CAPÍTULO 1: O LUTO

“A perda de uma pessoa querida é uma das experiências mais dolorosas, mais intensas que qualquer ser humano pode sofrer, e não só é dolorosa como vivência, mas também dolorosa de ser testemunhada. Apenas pelo fato de sermos impotentes para ajudar.”

(Bowlby, 1980 *apud* Worden, 1998, pp. 153)

O LUTO

A perda é um dos fenômenos universais da existência humana, pois acomete todas as pessoas em vários momentos ao longo da vida. A perda pode ser relacionada a um objeto (por exemplo, ter um carro roubado ou um objeto de estima danificado), à constatação da impossibilidade de atingir um objetivo traçado, à perda da juventude ou à perda de um ente querido (por distância geográfica, por rompimento de relações ou por morte). O traço comum em todos esses tipos de perda é a dificuldade de tolerar a ausência do que foi perdido.

É quase um consenso que a perda por morte constitui a mais difícil das perdas. A morte nos remete ao sentimento de impossibilidade de reverter a perda, ou seja, reaver o ente querido, nos coloca frente a nossa própria fragilidade e mortalidade e exige do enlutado experimentar uma dor quase insuportável. Talvez por tudo isso a morte seja ainda um tema tabu. Entretanto, negar a ação da morte torna mais difícil a experiência do luto para o familiar que perde o ente querido.

Sabe-se que o luto compreende fases e reações próprias, que o enlutado precisa experimentar para “resolver o luto” de forma saudável. Há vários fatores que influenciam nessa experimentação e no resultado do luto. Compreender a influência de alguns desses fatores é o objetivo desse trabalho, com ênfase específica em um deles: avaliar como o modo de morte influencia na vivência do luto. Há um especial interesse nas reações próprias do luto por suicídio. A compreensão desta experiência é essencial para a formação de grupos de suporte aos familiares enlutados por suicídio, que são denominados *sobreviventes do suicídio*. Este é o próximo passo para se constituir um corpo de conhecimento científico sobre o tema, relacionado à

cultura brasileira. Esse é ainda um tema insuficientemente pesquisado, especialmente no Brasil.

Ao discorrer sobre o luto, depara-se com vários aspectos relevantes para compreensão do assunto. Neste trabalho serão discutidos os principais determinantes do luto, suas reações próprias e como o modo de morte (um dos determinantes do luto), especialmente o suicídio, exerce influência sobre a vivência do luto. Este foi o parâmetro adotado para a escolha dos aspectos do luto aqui citados.

Neste capítulo serão brevemente apresentadas as transformações da visão sobre o luto ao longo do tempo, as reações de luto, seus determinantes e a visão de alguns teóricos importantes - Freud, Bowlby, Lindemann e Parkes.

I - As Transformações da Visão Acerca da Morte e do Luto ao Longo dos Tempos e a Influência nos Dias de Hoje

Ariès (2003) realizou um estudo sobre vários aspectos da morte ao longo dos tempos. Na Antiguidade a morte costumava acontecer em casa. Os doentes permaneciam em casa, junto de seus familiares e das crianças, até a chegada da morte. Na Idade Média, com a presença de doenças infecto-contagiosas e sem cura, a morte era um acontecimento freqüente e cotidiano. As epidemias causavam várias mortes simultaneamente, tornando a perda advinda da morte constante e, portanto, quase banal. Por isso a morte não causava tanta comoção nas pessoas.

Áries (2003) alerta-nos sobre uma mudança ocorrida na segunda metade do século XIX, que talvez tenha influenciado a forma como as pessoas passaram a vivenciar o luto advindo da morte de um ente querido até os dias de hoje: o local da morte do moribundo. A morte passa a não acontecer mais em casa, ao alcance dos olhos da família, mas no hospital. Assim, a agonia da morte passa a incomodar as

pessoas, resultando em um enorme distanciamento entre vivos e mortos. Ele cita que o ritual pós-morte ficou então, limitado ao mínimo necessário:

“... as manifestações aparentes do luto são condenadas e desaparecem... Uma dor demasiado visível não inspira pena, mas repugnância. Dentro do círculo familiar ainda se hesita em desabafar, com medo de impressionar as crianças. Só se tem direito de chorar quando ninguém vê nem escuta: o luto solitário e envergonhado é o único recurso” (pp. 87)

Ariès (2003) conclui então que “o recalque da dor, a interdição de sua manifestação pública e a obrigação de sofrer só e às escondidas agravam o traumatismo devido à perda de um ente querido” (pp. 88).

Outro aspecto interessante apontado por Ariès (2003) é a transferência da compaixão para o familiar do morto (outrora dirigida ao próprio morto). Entretanto, falar sobre a morte causava dor ao enlutado. Daí surgiu o comportamento das pessoas evitarem o assunto. A proibição do tema morte e luto estaria, portanto intimamente ligada ao fato do enlutado “aturdir-se com o trabalho [e atividades diárias], a fingir que vive na companhia do morto,... a imitar seus gestos, palavras e manias e a simular os sintomas da doença que o matou” (pp. 262).

II - O Luto e Suas Reações

O luto é concebido como reação natural a qualquer perda significativa, principalmente à perda de um ente querido por morte (Worden, 1998; Parkes, 1998). O enlutado experimenta um conjunto de respostas fisiológicas, psicológicas, sociais e

comportamentais frente à perda. O enlutado precisa lidar com a falta desta pessoa em situações concretas, já que não estará mais presente no Natal, nos aniversários, almoços dominicais nem em situações alegres ou difíceis que costumavam compartilhar.

Entretanto não é “somente” a pessoa em si que o enlutado está perdendo. Há ainda outras perdas. Tomemos o exemplo de uma jovem viúva que, ao perder o cônjuge, pode também estar perdendo o apoio do esposo na educação dos filhos, o suporte financeiro da família, o companheiro de um projeto de vida, o parceiro sexual, entre outros. São perdas adjacentes (ou secundárias) importantes, a serem destacadas quando se fala sobre a dimensão da perda por morte.

Segundo Freud (1917), no luto há perda de interesse no mundo externo, desânimo profundamente penoso e inibição de toda e qualquer atividade. Entretanto, ele alerta que, embora o luto “envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica” (pp. 250).

Lindemann (1944) compartilha dessa visão ao postular que mesmo o luto intenso não deve ser visto como um quadro médico ou transtorno psiquiátrico, mas uma reação normal à situação de estresse. Em 1942 houve um grande incêndio em uma boate de Boston, *Coconut Grove*. Havia acontecido um jogo de futebol entre dois times universitários conhecidos na cidade e após o jogo, muitas pessoas foram a esta boate para comemorar o resultado do jogo. A boate estava lotada quando o incêndio começou. Quase 500 pessoas perderam a vida naquela ocasião. Lindemann, naquela época, chefiava o Departamento de Psiquiatria do Hospital Geral de Massachusetts. Ele e sua equipe acompanharam 101 familiares em luto recente, decorrente do incêndio de Coconut Grove.

A partir desse estudo, Lindemann (1944) observou que o luto se apresenta como uma síndrome, pois o enlutado apresenta sintomas somáticos, preocupação com a imagem do falecido, culpa, reações de hostilidade e perda dos padrões de comportamento. Ele verificou a existência de um quadro similar de sintomas somáticos entre pessoas que estavam vivenciando o luto intenso. Essas pessoas sentiam ondas de desconforto que duravam entre 20 minutos e 1 hora, com sensações de aperto na garganta, fôlego curto, respiração ofegante, perda da força muscular, sensação de vazio no estômago, falta de ar (ou “respiração curta”), boca seca e ainda despersonalização. Parkes (1998) define a despersonalização como algo que “ocorre quando a pessoa enlutada sente que ela própria é irreal” (pp. 89).

Os enlutados de Coconut Grove relataram que, aos poucos, percebiam que essas ondas de desconforto estavam associadas ao recebimento de visitas por ocasião da morte, recebimento de condolências e lembranças acerca do falecido. Essa é uma das razões do enlutado evitar o contato com as pessoas. Outros sintomas somáticos marcantes relatados pelos enlutados desse estudo foram a sensação de exaustão física e sintomas digestivos (alterações no apetite e digestão lenta).

Outro aspecto importante refere-se à preocupação com a imagem do falecido. Lindemann (1944) relata casos de enlutados que expressavam em conversas com outras pessoas, uma imagem idealizada do falecido. Parkes (1998) também faz menção a essa tendência que o enlutado apresenta de idealizar o falecido. Ele percebeu em seus contatos com enlutados que “as lembranças dos aspectos negativos do morto são perdidas...” e “as lembranças felizes e os aspectos valorizados do relacionamento é o que o enlutado quer guardar e perpetuar” (pp. 93).

Reações de raiva e hostilidade também são freqüentes entre os enlutados. Sobre isso, cabe citar a teoria de Bowlby (1961 *apud* Parkes, 1998), que destaca o

protesto da criança como uma reação à separação da mãe, o qual muitas vezes é carregado de raiva. Como a mãe passa a evitar se ausentar da companhia do bebê a partir desse protesto, este adquire então, o valor de sobrevivência para o bebê. Na visão dele, essa reação à perda é esperada na vida adulta. Essa raiva pode tomar três caminhos: a raiva generalizada, sem destinatário específico (muito relatada pelos enlutados); a culpabilização do outro; ou a auto-acusação, que seria a raiva revertida contra si mesmo.

Enlutados sentem muita raiva do “causador” de sua dor, que pode ser a morte propriamente dita, Deus, os médicos que atendiam o falecido e até mesmo o próprio falecido. Há casos de enlutados que perderam o familiar num assalto e passaram a culpar as autoridades responsáveis pela segurança pública. Outros podem culpar a má conservação de uma rodovia pelo acidente automobilístico no qual o ente querido perdeu a vida. A raiva pode também ser dirigida a outro membro familiar, como se este tivesse causado ou pudesse ter evitado a morte. Parece ser preciso “personificar”, nesses casos, a causa da morte para que se possa projetar a imensa culpa que o enlutado sente.

Foi também observado que enlutados podem apresentar alterações nas relações com amigos e familiares, devido à irritabilidade e evitação de encontros sociais. Lindemann (1944) observou ainda em alguns casos, um quadro em que as reações de luto se assemelham a “depressão agitada”, com tensão, agitação, insônia, sentimentos de inutilidade e auto-acusação. O sentimento de auto-acusação pode evocar a necessidade de punição, podendo resultar daí o risco de suicídio do enlutado.

1- O luto patológico

O luto patológico é caracterizado por distorções do luto normal. Lindemann (1944) aponta alguns sinais do luto patológico. O mais comum deles é o atraso das reações normais do luto. É possível observar esse atraso nos enlutados que se vêm envolvidos com tarefas importantes durante o luto. Exemplo clássico é aquele enlutado que assume a organização do velório, providencia os documentos necessários para o sepultamento do falecido ou se propõe a dar suporte a outros familiares (que como ele, também foram atingidos pela perda). Estes enlutados podem apresentar poucas reações ou simplesmente não apresentá-las por semanas ou mais. Outra reação distorcida pode ser observada em enlutados que se envolvem num excesso de atividades e trabalho, que os possibilita postergar o sentimento da perda.

Deutsch (1937, *apud* Worden, 1998) estudou uma interessante reação distorcida do luto: a ausência de reações do luto. Segundo ela, o enlutado deixa de apresentar algumas expressões reativas à perda do ente querido, que vão desde reações esperadas do luto até ausência dessas reações. O problema se configura quando a ausência dessas expressões torna-se intensa e persistente ao longo do tempo. Isso aconteceria porque, nesses casos, o ego do enlutado não está “suficientemente desenvolvido para suportar o esforço do trabalho de luto, então utiliza alguns mecanismos narcisistas de proteção do self para evitar o processo” (pp. 92). Ela alerta que nesses casos o luto pode ser vivenciado sob duas formas: de forma mascarada ou reprimida (em que o enlutado apresentaria sintomas psicossomáticos agudos ou os sintomas que o falecido apresentava antes de sua morte) ou sob a forma de uma conduta aberrante ou mal-adaptada.

Apresentar os sintomas que o falecido apresentava constitui, então, sinal de reação distorcida e merece cuidado especial. Os profissionais de saúde precisam estar

atentos a tal aspecto quando são procurados por pacientes que apresentam sintomas sem apresentar a doença ou uma causa específica. Muitas das pessoas que apresentam sintomas da doença do falecido tendem a procurar ajuda médica, mas o diagnóstico não é conclusivo, já que não apresentam a doença (Lindemann, 1944). Zisook and DeVaul (1976 *apud* Worden, 1998) chamam essa reação de “enfermidade facsímile”. Parkes (1998) também relata a ocorrência desse fenômeno, constatando a presença de sintomas em 5 dos 21 participantes em uma pesquisa realizada por ele. Ele diz que “em geral, havia queixa de dor no mesmo lugar em que havia dor forte durante a doença do parente, cuja morte precedeu o aparecimento da queixa” (pp. 140).

Vargas, Loya and Hodde-Vargas (1989) avaliaram algumas reações do luto em 201 familiares e amigos próximos de pessoas que haviam falecido e uma de suas conclusões refere-se justamente ao cuidado necessário ao diagnosticar o luto como normal ou patológico. Eles constataram, a partir da pesquisa que realizaram, que “algumas das características que costumam ser associadas principalmente ao luto patológico, estão presentes durante o luto da maioria da população pesquisada” (pp. 1488). A proposta deles é que, para se determinar a patologia no luto, o mais indicado seria a mensuração por frequência (inclusive a ausência) ou intensidade dessas características.

A persistência por mais de seis meses das reações de luto (tais como raiva, isolamento, pensamentos intrusivos sobre o falecido, etc) em um contexto de prejuízo no funcionamento familiar, social ou do trabalho do enlutado é sinal de luto patológico na visão de Neimeyer, Prigerson and Davies (2002). É quando as reações normais do luto passariam a ser “sinais” de luto complicado. Eles alertam, em conformidade com a visão de Lindemann (1944), que o luto complicado pode

facilitar o desenvolvimento de problemas de saúde para o enlutado tais como: elevação da pressão sanguínea, doenças cardíacas, câncer, úlcera, alergias, distúrbios relacionados à alimentação, abuso de álcool e fumo, além da ideação suicida. É de suma importância que profissionais de saúde estejam atentos para esses sintomas associados a perdas, para o diagnóstico de luto patológico e o emprego de intervenções e tratamentos eficazes.

Hauser (1987 *apud* Knieper 1999) aponta que quando uma pessoa perde um ente querido, o processo de elaboração da perda envolve dois importantes pontos: o pesar e o luto propriamente dito. O pesar refere-se à resposta emocional do enlutado à perda, com expressão da dor. Diz mais respeito ao âmbito do indivíduo. Já o processo de luto, na visão dela, refere-se aos costumes sociais e rituais que ajudam o enlutado a expressar seus sentimentos, dores, pensamentos e memórias sobre o falecido e a perda. Knieper (1999) compartilha dessa visão quando atribui grande importância ao âmbito social para a elaboração do luto. Ressalta que, no caso das mortes por suicídio, devido ao estigma e preconceito, os rituais sociais ficam alterados e o suporte social ao enlutado apresenta-se falho. Isso dificulta o trabalho e elaboração do luto para o enlutado.

Prigerson, Bridge, Maciejewski and Beery (1999) realizaram um estudo com 76 adultos jovens para avaliar a relação entre luto patológico e a presença de ideação suicida no enlutado. Os participantes da pesquisa haviam perdido um amigo por suicídio. Constataram que os participantes que apresentavam sintomas de luto patológico (Ex.: medo de abandono e agressividade excessiva) relataram pensar em matar-se até 5 vezes mais que os outros sujeitos da pesquisa. Entretanto, este estudo apresenta uma falha: não estabeleceu um grupo por outros modos de morte. Os resultados da pesquisa podem ter sido influenciados pelo modo de morte (suicídio).

De qualquer forma, fornece um dado importante: pessoas com vulnerabilidades frente a uma perda significativa apresentam maior probabilidade de desenvolverem o luto patológico e ainda terem pensamentos sobre se matar.

III - O Trabalho de Luto

A duração das reações de luto parece estar relacionada à forma como o enlutado faz o “trabalho de luto”, que requer reajustes frente à ausência do falecido, a formação de novas relações e a “libertação” em relação ao pesar pelo falecido (Lindemann, 1944). Parkes (1998) defende que fazem parte do trabalho de luto: o enlutado passar pela procura do falecido (com isso, ele tende a pensar sobre o que foi perdido); elaborar as dolorosas lembranças acerca da perda (isso requer que o enlutado não as evite) e conciliar um “sentido para a perda para encaixá-la no conjunto de crenças sobre o mundo” (pp. 100).

Peterson (1980 *apud* Farberow et al. 1992) propõe um modelo de resolução de luto, em que tanto a resolução do luto quanto a adaptação durante este período depende da interação de três principais fatores: a força de enfrentamento do enlutado, a rede social de suporte e a forma como o enlutado passou por perdas e eventos estressores anteriormente.

Não é possível precisar a um enlutado o tempo que irá durar seu luto, apesar da maioria dos teóricos falarem em até dois anos. Lindemann (1944) já diz que, se o luto não for complicado ou distorcido, tende a ser elaborado em torno de seis semanas. Worden (1998) expressa a especificidade desse processo e coloca que o tempo varia conforme cada pessoa. Ele diz que “perguntar quando o processo de luto termina é como perguntar qual é a altura mais alta. Não há resposta pronta” (pp. 30).

O tempo do luto, a vivência das fases ou se o luto será normal ou patológico vai depender de vários aspectos (alguns serão abordados na seção Determinantes do Luto).

Farberow, Gallagher-Thompson, Gilewski and Thompson (1992) constataram a partir de uma pesquisa que durante o processo de luto “há uma redução gradual dos sintomas físicos e psicológicos à medida que o funcionamento pessoal e social é retomado e a adaptação começa acontecer” (pp. 357). Eles compartilham da visão de luto já descrita, ou seja, como um processo com tarefas a serem executadas e resolução de alguns pontos. Por isso, não haveria um ponto exato, no que diz respeito ao tempo e fases, em que o luto se resolve e a dor termina. A dor pela perda poderia durar por toda a vida do enlutado, na visão deles. Tomemos por exemplo uma das primeiras reações de luto apresentada por enlutados, que é a sensação de choque que aparece pela primeira vez quando o enlutado recebe a notícia da morte. Eles observaram que a sensação de choque vai tendo diminuída a intensidade ao longo do tempo. Mas alguns participantes da pesquisa realizada por eles, relataram a presença dessa sensação até dois anos após a morte do familiar.

Quanto às fases do luto, não há um consenso entre os estudiosos do tema acerca do tempo de duração nem mesmo acerca do número de fases num processo de luto saudável. Serão apresentadas aqui as fases descritas por Parkes (1970 *apud* Worden, 1998). Parkes concebe o luto como um processo e não um estado em que o enlutado apresenta sintomas típicos, que gradualmente passam. Um sintoma sentido pelo enlutado no início do processo costuma acometer o enlutado novamente (Parkes, 1998). Por isso a idéia de processo é mais condizente com a experiência das pessoas em luto, já que uma fase pode retornar ao longo do processo, pode co-existir com outra fase e há fases que nem são vivenciadas pelo enlutado (Ex.: alguns

enlutados por mortes naturais não costumam apresentar a sensação de entorpecimento ou negação da morte, que são muito comuns quando a morte é inesperada).

- **Fase I:** Ocorre logo após a notícia da morte. É nessa fase que o enlutado tem a sensação de choque ao receber a notícia da morte e logo em seguida costuma duvidar que a morte realmente ocorreu – é a negação da morte. É muito comum ouvir o enlutado, quando recebe a notícia da morte, dizer que não acredita que a pessoa em questão morreu, ou perguntar se o portador da notícia tem certeza da morte. Ocorre também o entorpecimento, que se configura como um sinal marcante do luto. O entorpecimento parece operar como uma defesa do enlutado, como se exercesse função de uma “anestesia emocional”. Nesta fase iniciam-se os episódios agudos de *dor psíquica* intensa pela qual o enlutado passa. Na opinião de Parkes (1998), esses episódios de dor psíquica constituem o traço mais característico do luto. Durante esses episódios de dor aguda, que costumam ter seu pico por volta do 14º dia, o enlutado costuma sentir a “boca seca, hiperatividade com inquietação e sentimentos de pânico” (pp. 63). Esses são sinais da atividade do seu sistema nervoso autônomo, devido à situação de estresse.
- **Fase II:** é denominada por Parkes como a *fase do anseio ou procura*. É quando o enlutado deseja a volta da pessoa falecida. Mesmo pessoas que relatam total consciência de que o ente querido está morto e que não vejam sentido nessa procura, eles o fazem (Parkes, 1998). Isso pode ser exemplificado pelo comportamento de procura daqueles enlutados que visitam o túmulo quase que diariamente quando a perda ainda é recente. Se essa procura persistir sob a forma de sensação de ter visto a pessoa falecida no meio da multidão, por

exemplo, pode ser sinal de luto patológico. Nesta fase o enlutado experimenta dificuldade de concentração e pensamento em assuntos que não se refiram ao falecido ou à perda. Como o enlutado pensa a maior parte do tempo no falecido, a dor psíquica continua nessa fase. Segundo Parkes (1998), essa dor teria uma função: “é componente subjetivo e emocional da urgência em procurar o objeto perdido” (pp. 63). Nessa situação, torna-se compreensível o choro constante e intenso do enlutado nesses episódios de dor. O enlutado também sente uma raiva e irritabilidade que podem ser externalizadas sob a forma de comportamentos hostis. Parkes (1998) defende que é uma forma de protesto contra a separação do ente querido. A irritabilidade parece também estar ligada à frustração por não se conseguir lidar com a perda até então.

- **Fase III:** é quando ocorre a desorganização e desespero. A morte de um ente querido implica em mudanças drásticas. O familiar pode estar sem preparo emocional/psicológico para lidar com a perda do ente querido, assim como sem o preparo financeiro para lidar com a queda dos rendimentos ou sem o preparo para assumir os papéis, que até então eram desempenhados pelo falecido. É nessa fase que o enlutado experimenta as dificuldades de adaptação ao ambiente depois da perda. É quando a raiva típica da fase anterior cede lugar à tristeza e desespero.
- **Fase IV:** é a fase de adaptação à perda. O enlutado precisa se adaptar à nova rotina, sem o ente querido. Essas adaptações vão desde a reorganização financeira e emocional, até rever os papéis antes desempenhados pelo enlutado, que agora precisam ser realocados. Parkes (1998) alerta-nos para o fato de que alguns dos papéis desempenhados antes pelo falecido não serão desempenhados por outra pessoa. Exemplo: um viúvo pode decidir que não se casará novamente

e assim, o papel marital do falecido não será mais exercido. Outros papéis podem ser atribuídos a outro membro familiar. Exemplo: falece o chefe do clã familiar, aquele que resolvia os problemas da família, dava conselhos aos membros desta família e intervinha nos problemas familiares. Este papel, que outrora era exercido pelo avô, pode passar a ser exercido por sua viúva. Outros podem ser divididos entre os membros familiares. Exemplo: o papel de provedor financeiro pode ser assumido pela viúva juntamente com o filho mais velho. Oates (2003) aponta que o enlutado precisa agora estabelecer outras relações, além de construir uma nova identidade. Uma viúva que esteve casada por mais de 50 anos, agora precisa se perceber sem o papel de esposa. Precisa também redescobrir outros papéis, hábitos e comportamentos que comporão parte dessa nova *identidade*.

IV - A Morte e o Luto Segundo Freud

A dificuldade em lidar com a morte parece ser algo inerente ao ser humano. Freud (1915) assegurou que tendemos a evitar o assunto morte, como se isso a colocasse à parte da vida. Ele escreveu *Nossa atitude para com a morte* (Freud, 1915) nos tempos da Primeira Guerra Mundial. Talvez por sentir-se em luto por todos aqueles que morriam em combate, neste artigo ele discorre de forma tão íntima sobre a morte. Segundo ele, “nosso inconsciente não crê em sua própria morte; comporta-se como se fosse imortal” (pp. 306). Então enfatizamos uma causa fortuita à morte, a fim de distorcer a maior de todas as certezas: o fato da morte ser infalível. Mas quando esta acomete alguém emocionalmente próximo de nós, somos abatidos. No mesmo ano ele começou a escrever *Luto e Melancolia*, concluindo dois anos depois, em 1917, mas sob o prisma das conseqüências pelas quais passam aquele que

sofre perdas, cabendo aí entendermos também a morte como um tipo de perda. Ele destaca que não é raro alguns enlutados apresentarem quadros depressivos após uma perda por morte e alerta para a disposição patológica que algumas pessoas possuem para a melancolia ao invés do luto. É difícil precisar os limites entre um quadro normal de luto e um quadro depressivo ou melancólico. Freud os distinguiu da seguinte forma:

“Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação, culminado numa expectativa de punição... com única exceção, os mesmos traços são encontrados no luto... A perturbação da auto-estima está ausente no luto”.

(Freud, 1917, pp. 250)

Freud (1917) diz que após a constatação, na realidade, que o ser amado não existe mais, é necessário que toda a libido seja retirada deste objeto. Isso não constitui tarefa fácil, porque causa grande oposição devido ao abandono de uma posição libidinal, que estava estabelecida com este objeto. Então é natural que o trabalho de luto demande um tempo, com gasto de energia catexial, já que o objeto psiquicamente persistirá por um tempo ainda, para só depois o ego ficar livre. Nesse

caso, o enlutado tem consciência de *quem* ele perdeu. No caso da melancolia, o enlutado até pode ter consciência de quem ele perdeu, mas não lhe vem à consciência que há aí outra perda subjacente. Ele não sabe *o que* ele perdeu junto com a perda desse alguém.

O rebaixamento da auto-estima na melancolia, que não está presente no luto, ocorre devido ao fato de que no luto “é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego” (Freud, 1917, pp. 251). No luto, o que se perde é o objeto, na melancolia o que se perde refere-se ao próprio ego. Por isso, o enlutado melancólico/depressivo busca punição, culpa-se, degrada-se podendo ir até “a uma superação do instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida” (pp. 252). Talvez isso explique melhor o motivo de alguns enlutados pensarem em se matar.

As auto-acusações que o melancólico se faz, são acusações que se referem na verdade ao objeto perdido, que foram deslocadas para dentro do ego do melancólico. Na visão de Freud (1917), a prova disso é que o melancólico não adquire atitudes humildes (que seriam condizentes com uma figura tão “desprezível”, se assim o enlutado realmente se visse), mas sim atitudes de revolta como se tivesse sido vítima de enorme injustiça. É por isso que em determinados momentos o enlutado chora, se queixa, se auto-recrimina, mas ao mesmo tempo é extremamente agressivo com aqueles que estão à sua volta.

Outro ponto que merece atenção refere-se à ambivalência presente na relação amorosa e que, segundo Freud, se faz “efetiva e manifesta” com a perda do objeto amoroso. O conflito devido à ambivalência pode ser determinante para o luto patológico “onde exista uma disposição para a neurose obsessiva. Nos estados obsessivos de depressão que seguem à morte de uma pessoa amada revela-nos o conflito da ambivalência” (Freud, 1917, pp. 256). Na melancolia, a perda por morte

pode trazer para a relação com o objeto, sentimentos opostos como amor e ódio. Se o amor ao objeto não for renunciado e sim se “refugiar na identificação narcisista, o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo - o próprio ego - dele abusando, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento” (pp. 257). Entretanto, é importante salientar que a renúncia do amor ao objeto (mesmo este já tendo sido perdido), representa no melancólico, o perigo de sua extinção (do amor). Entretanto, o ódio interfere aí, devido à ambivalência. Por isso, Freud defendia a idéia de que o paciente (ou o enlutado) parece punir o objeto perdido através da autopunição. É uma vingança do objeto original através da própria doença. Assim, dá-se curso à hostilidade para com o objeto, mas de forma indireta, sem que esta seja abertamente expressa contra aquele que está causando a dor da perda ao paciente/enlutado.

Uma parte da catexia (no caso do melancólico), antes direcionada ao objeto, é dirigida ao ego via identificação narcisista; a outra parte, devido ao conflito da ambivalência, é dirigida à etapa do sadismo. Assim, o ego passa a tratar a si próprio como o objeto, ou seja, de forma hostil (contra aquele que está causando a dor da perda). Isso explicaria a tendência ao suicídio após uma perda por morte em que o luto não se desenvolve de forma saudável.

V - Alguns Determinantes do Luto

A forma como o luto é vivenciado e resolvido (conforme uma visão de processo) depende de vários determinantes: experiências prévias de perda, idade do enlutado e do falecido, religião, fatores culturais e familiares, estresses secundários para o enlutado, habilidades de enfrentamento do enlutado para suportar perdas, etc. Aqui serão apresentados somente aqueles que são mais relevantes para o tema proposto neste estudo.

1- A “intensidade do amor” ou força do apego

Um dos pontos que mais influenciam no luto é a proximidade da relação e natureza dos sentimentos que existiam entre falecido e enlutado. Parkes (1998) denomina esse determinante de *intensidade do amor*, existente entre enlutado e falecido.

Bowlby (1977 *apud* Worden, 1998) é um dos teóricos adotados para se tratar esse ponto. Ele postula sobre a necessidade do ser humano de estabelecer laços afetivos que tendem a durar por grande parte do ciclo vital. São direcionados a poucas e selecionadas pessoas, com o intuito de obter segurança e proteção. O primeiro desses laços costuma ser estabelecido com a mãe biológica e esta se torna então a primeira “figura de apego” para o bebê. É a Teoria do Apego, que se baseia nos laços que o indivíduo estabelece desde a infância.

A partir de sua experiência como psiquiatra, Bowlby (1977 *apud* Fonseca, 2004) observou que a criança tende a procurar pela figura de apego quando está “cansada, doente, faminta, alarmada ou insegura” (pp. 24). Quando está feliz e segura, também tende a procurar pela figura de apego, mas para brincar. A forma como a mãe atende a esses comportamentos e necessidades da criança vai determinar futuros relacionamentos desse indivíduo. Ele poderá estabelecer relações onde sentir-se-á em relação a outras figuras de apego, seguro ou ansioso. Quando a “figura de ligação/apego desaparece ou está ameaçada, a resposta é intensa ansiedade e forte protesto emocional” (Bowlby, 1977 *apud* Worden, 1998, pp. 20). Fonseca (2004) parte desse pressuposto, defendendo a idéia de que a forma como a pessoa lida com a perda de um ente querido é determinada pela forma como os primeiros laços afetivos foram estabelecidos no início da vida: de forma ansiosa ou segura. Isso influencia diretamente na resolução do luto.

Parkes (1998) alerta para o fato de que “uma relação de amor bem estabelecida é aquela na qual a separação ou o afastamento pode ser bem tolerado, porque existe a confiança de que a pessoa amada voltará quando necessário” (pp. 146). Isso é chamado por Ainsworth e Witting (1969, *apud* Parkes, 1998) de *segurança do apego*, que constitui um dos determinantes do luto.

2 – Grau de parentesco entre falecido e enlutado

Outro determinante do luto refere-se ao grau de parentesco entre enlutado e falecido. As reações vivenciadas, bem como sua duração e intensidade dependem também de quem era o ente querido que faleceu. Muller and Thompson (2003) alertam para o fato: “as reações variam dependendo de quem era o ente querido perdido, (...) pai/mãe, filho, cônjuge ou amigo. Diferentes relacionamentos evocam diferentes respostas ao luto” (pp. 184).

Estudos apontam que pais e cônjuges tendem a sentir mais a perda do que outros familiares. Lundin (1984) realizou um estudo longitudinal ao longo de 8 anos com pais e cônjuges enlutados. Constatou maiores evidências de choro e luto persistentes entre os primeiros. Entretanto, os segundos apresentaram maior tendência a continuar pensando no falecido e a expressar culpa. Parkes (1998) relata que de 171 pacientes encaminhados a ele para tratamento psiquiátrico conseqüente ao luto, 45% haviam perdido o cônjuge.

3 – Sexo do enlutado

Parkes (1996) postula que mulheres tendem a sentir mais a perda do que homens. Ele relata uma pesquisa em que a proporção de adesão dos participantes era de sete mulheres para cada um homem.

Em um outro estudo realizado em Harvard (Parkes, 1998) com 49 viúvas e 19 viúvos concluiu-se que as mulheres apresentaram maior sofrimento pelo luto e maior

inadequação para se ajustarem psicológica e socialmente até um ano após a perda. Entretanto, os homens parecem reprimir com mais rigor as manifestações de luto que as mulheres, além de procurarem menos ajuda psiquiátrica e psicológica. Um indício dessa repressão pode ser o fato de que, em grande parte das pesquisas sobre luto, o número de homens que concordam em participar costuma ser muito menor do que o de mulheres. Como há uma grande desigualdade numérica entre homens e mulheres nessas pesquisas, as inferências sobre as diferenças quanto ao sexo podem não ser fidedignas com a realidade. O fato de não participarem de pesquisas sobre o luto pode ser um sinal de que homens lidem com a dor da perda de forma diferente das mulheres, ou seja, através da evitação do assunto. Isso não significa que o homem sofra menos uma morte que a mulher, mas de forma diferente. Esse é um assunto que requer mais estudos.

Reed (1998) compartilha dessa hipótese e afirma que homens tendem a negar a perda, num “esforço de evitar pensamentos e emoções que os fariam sentir um medo esmagador. Eles também podem agir como se nada de significativo houvesse acontecido para manterem sua auto-suficiência e controle” (pp. 286).

Outro ponto que precisa ser mencionado refere-se ao fato de que homens e mulheres tendem a expressar sofrimento de forma diferente. As mulheres tendem a chorar mais, aderirem a tratamentos psicológicos e/ou medicamentoso enquanto os homens tendem a se isolar mais e apresentarem comportamentos agressivos. Thomas and Strigel (1995 *apud* Parkes, 1998) realizaram uma pesquisa com 26 casais que haviam perdido um filho. Concluíram que quando a perda acomete o casal, o homem tende a conter suas próprias manifestações do luto para poder cuidar da esposa. “Mães e pais ficam enlutados de maneira diferente: as mães sentem por seus filhos; os pais, além disso, sentem por suas esposas” (pp. 153).

Alien and Hayslip (2000 *apud* Henderson, 2004) relatam que, em relação aos homens, após a perda por morte, as mulheres tendem a expressar mais a aflição emocional, admitem mais o sentimento de desesperança, expressam de forma mais significativa às mudanças que sentem em suas identidades e nos papéis sociais.

Farberow et al. (1992) constataram que mulheres enlutadas que participaram da pesquisa realizada por eles, relataram mais apreensão sobre o futuro, medo, maior tendência a desenvolver sintomas obsessivos-compulsivos e mais ansiedade ao lidar com aspectos práticos para continuar a vida do que homens.

4 - A idade do enlutado e a idade do falecido

Henderson et al. (2004) interessaram-se em estudar a relação entre a idade do enlutado e a influência no processo de luto. Observaram diferenças no processo de luto a partir de um estudo com 125 cônjuges enlutados. Eles postulam que a diferença que se pode observar entre pessoas de idades distintas no processo de luto é devido às diferentes estratégias de enfrentamento de situações difíceis e de adaptação que cada um apresenta. Essa diferença é atribuída ao nível de desenvolvimento de cada indivíduo. Até a forma de ver um evento estressor ligado à perda (Ex.: como pagar a hipoteca da casa da família) é qualitativamente diferente conforme a idade. Conseqüentemente, as soluções de ajuste também o serão.

Ness and Pfeffer (1990) alertam para o fato que poucas pesquisas foram realizadas para se avaliar o impacto da perda por morte em crianças e idosos. Estudos realizados sugerem que a perda de um dos pais na infância é experienciada como traumática, causando distúrbios comportamentais e emocionais que podem persistir por anos.

Stern, Williams and Prados (1951 *apud* Farberow et al., 1992), num dos primeiros estudos dedicados a observar as reações de luto entre idosos, concluíram

que estes tendem a apresentar mais culpa do que enlutados mais jovens. Além disso, são mais propensos a desenvolver sintomas físicos, entretanto, são menos propensos à dificuldades emocionais, em relação aos enlutados mais jovens.

A idade do falecido também influencia no processo de luto. Parece mais aceitável a morte de uma pessoa mais idosa, que viveu muito tempo, realizou projetos, formou uma família, etc. Já a morte de crianças e adolescentes chocam e costumam tornar a perda mais difícil. Reed and Greenwald (1991) alertam que esse determinante é tão importante que em sua pesquisa mostrou-se mais significativo para a vivência do luto do que o grau de parentesco. A idade do falecido mostrou-se importante para explicar as diferenças nas reações de luto. Esse determinante do luto será abordado mais profundamente no capítulo seguinte.

5- Histórico psiquiátrico prévio do enlutado

Enlutados com histórico de depressão, por exemplo, são mais vulneráveis a perdas que aqueles que não apresentam esse histórico. Essa foi a conclusão a que Zisook and Shuchter (1991 *apud* Reed 1998) chegaram em seus estudos, segundo o qual, um histórico prévio de depressão é um importante indicador de vulnerabilidade ao estresse do luto. Gallagher et al. (1989 *apud* Reed 1998) alertam para comportamentos que ele chama de “evitativos”, como abuso de álcool e drogas, que seriam formas de enfrentamento empregadas pelo enlutado, que estariam relacionadas à depressão. A relação entre abuso de álcool/drogas e depressão ainda permanece obscura e requer mais estudos.

Horowitz et al. (1997) concordam que a depressão é um importante fator que influencia no processo de luto. Chegaram a essa conclusão a partir de uma pesquisa realizada com pessoas que haviam perdido o cônjuge. Observaram que entre os indivíduos que desenvolveram o luto complicado (ou luto patológico) e também

apresentaram o transtorno depressivo maior tinham um histórico deste transtorno ao longo da vida, ou seja, não era o primeiro episódio depressivo que esse indivíduo vivenciava. Assim, episódios anteriores de depressão podem ser um fator preditivo de dificuldades na vivência do luto.

Parkes (1998) também postula sobre transtornos dessa natureza, que são agravados pela perda por morte. Ele diz que é como se o luto fosse incorporado à doença pré-existente e passasse a fazer parte desta, não apresentando necessariamente, os sinais clássicos do luto patológico. Ele cita como exemplo comportamentos tais como abuso de álcool e drogas após uma perda por morte. Um adicto ao álcool, pode sofrer uma psicose alcoólica após a morte de um ente querido. Nesse caso, o sintoma claro é o abuso de álcool, mas a dor da perda e dificuldade de ajustamento à nova situação favoreceu o agravamento do quadro.

Um importante determinante da vivência do luto é o modo de morte. Como constitui um dos focos de interesse desse estudo, esse determinante será discutido no próximo capítulo. Assim torna-se possível o maior detalhamento e especificidades das reações ao luto (já discutidas) conforme cada modo de morte.

CAPÍTULO 2: A INFLUÊNCIA DO MODO DE MORTE

“A dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver o é; é talvez o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso”

(Parkes, 1998, pp. 22)

A INFLUÊNCIA DO MODO DE MORTE

Um dos fatores mais significativos quando se trata da vivência do luto refere-se à forma como a morte ocorreu. Além dos outros vários determinantes (já abordados anteriormente), este influencia de maneira especial sobre quais reações de luto acometerão o enlutado, a intensidade e frequência das mesmas, e ainda influencia no resultado do luto (normal ou patológico). Aqui serão comentados os diferentes grupos de modo de morte, com suas reações de luto e algumas especificidades.

Mesmo constituindo um dos vários determinantes do luto, o modo de morte é apresentado neste capítulo, separado dos outros determinantes do luto (apresentados no capítulo anterior). A justificativa é a necessidade de maior detalhamento, por ser foco deste estudo.

I – Mortes Naturais / Esperadas

As mortes naturais e esperadas são aquelas decorrentes de doenças degenerativas (câncer e AIDS, por exemplo), doenças cujo paciente e/ou familiares sabiam de sua existência – e conseqüente risco de morte - (enfarto cardíaco, por exemplo) ou mortes que ocorrem devido à idade avançada (parada respiratória/cardíaca e falência múltipla de órgãos). O principal ponto em comum a todas elas é o fato da família e/ou doente já contarem com a possibilidade da morte ocorrer.

A morte torna-se menos revoltante quando leva consigo um moribundo que vinha sofrendo progressivamente há anos, alternando entre o leito de casa e o leito do

hospital, ingerindo fortes medicamentos e necessitando da ajuda de seus familiares para atividades antes corriqueiras, como ir ao banheiro ou comer sozinho. Os familiares apresentarão as reações do luto, mas tendem a se conformarem mais rapidamente devido ao fim do sofrimento do ente querido.

Nos casos desses modos de morte, cabe citar que vários estudiosos relatam o *luto antecipatório* como um facilitador da vivência do luto quando a morte ocorre. Este termo foi primeiramente utilizado por Lindemann em 1944, quando ele observou famílias cujo algum de seus membros foi enviado para as Forças Armadas dos EUA. Para ele, as reações de luto constituem uma forma de reação a separações e nesses casos, havia a possibilidade que esses soldados morressem em batalha. Para estas famílias a morte não havia acontecido, mas os familiares já apresentavam várias das reações próprias do luto: depressão, raiva, ajustes aos papéis do familiar ausente (enviado às Forças Armadas) e antecipação de outros ajustes que seriam necessários no caso da morte realmente acontecer. Lindemann observou a função adaptativa do luto antecipatório: se a morte ocorresse, os familiares já estavam de algum modo *preparados*, não estariam à mercê da surpresa que a morte costuma trazer consigo.

Fonseca (2004) relata que só a partir de Lindemann (1944) o fenômeno do luto antecipatório passou a ser pesquisado relacionado a pessoas que recebiam diagnóstico de alguma doença grave e doenças terminais cujo risco de morte estivesse presente. Em uma família cujo falecido esteve doente e a família conhecia a possibilidade de morte, seus membros (futuros enlutados) começam a cogitar a morte antes que esta aconteça. Isso pode facilitar o processo de luto, segundo alguns estudiosos do assunto.

II - Mortes Inesperadas / Acidentais

Esse modo de morte, em relação a mortes naturais/esperadas, apresenta um fator complicador: o elemento surpresa. A morte acontece sem sinais, sem anúncio algum. Assim, o choque do enlutado ao receber a notícia tende a ser maior, retardando um pouco o processo de luto. Compreende mortes tais como homicídio, enfarto cardíaco e acidente vascular cerebral (AVC), sem que os familiares ou o falecido soubessem da existência da doença que pudesse causar a morte, acidentes automobilísticos e outros. Reed (1998) defende que uma das reações mais típicas para esses modos de morte é a sensação de choque. Essa sensação acometeria mais esses enlutados do que os enlutados por suicídio ou por mortes naturais.

Parkes (1998) revela que em sua experiência como psiquiatra e estudioso do luto, entre as pessoas que haviam procurado sua ajuda profissional, “*todas* [grifo do autor] haviam sofrido formas traumáticas e incomuns de luto” (pp. 157). Segundo ele,

“mortes repentinas e inesperadas, mortes violentas e mortes envolvendo ação humana (suicídio e assassinato) representam um risco especial para a saúde mental do enlutado, mesmo na ausência de vulnerabilidade. Em comparação, as mortes naturais, em geral, não são traumáticas”.

(pp. 157)

No caso de mortes inesperadas/acidentais e também mortes por suicídio, o enlutado tenta entender as circunstâncias, o local, enfim, detalhes relativos à morte. Oates (2003) esclarece que esse comportamento do enlutado de “tentar entender a

morte não se refere à compreensão filosófica ou religiosa, mas sim aos porquês da causa da morte” (pp. 31). É comum que enlutados que perderam entes queridos em acidentes automobilísticos queiram ver o veículo, ir até o local do acidente e conversar com alguém que presenciou o acidente. Mesmo que depois evitem fazer tudo isso, esse comportamento auxilia a compreensão “racional” de como a morte ocorreu. Essa busca de compreensão acerca da morte do ente querido é um importante elemento no processo de luto porque diminui a confusão e ansiedade do enlutado (Oates, 2003).

Um estudo foi realizado por Rynerason (1986 *apud* Ness and Pfeffer, 1990), com pessoas que tiveram a experiência de perder familiares por homicídio (morte inesperada) assim como por outros modos de morte. Em relação às mortes por homicídio, os participantes da pesquisa relataram sentir “medo persistente, raiva do assassino, imagens intrusivas e repetitivas da cena do assassinato como eles imaginaram que teria acontecido” (pp. 280). Os participantes relataram não sentir essas reações quando perderam outros familiares por outros modos de morte. Essas reações de luto parecem ser específicas devido a este modo de morte (inesperadas e violentas).

Reed and Greenwald (1991) concluíram que entre enlutados por mortes inesperadas, o apego (termo já descrito no Cap. 1) entre falecido e enlutado influencia mais no abrandamento da sensação de choque, culpa e preocupação do que o parentesco que existia entre eles. Então o apego constitui um importante fator preditivo das condições de luto, principalmente entre os enlutados por mortes inesperadas e por suicídio. Reed (1998) fez uma constatação que torna essa hipótese ainda mais incisiva. Observou que os enlutados por mortes inesperadas apresentavam

acentuada ansiedade de separação em relação ao falecido, até mais que os enlutados por suicídio.

Outro aspecto que merece atenção especial refere-se aos índices de mortalidade entre enlutados por mortes inesperadas e por suicídio serem mais altas do que entre enlutados por mortes naturais/esperadas. Lundin (1984b) realizou uma pesquisa na Suécia, para verificar se a característica “súbita” da morte quando é inesperada influencia o surgimento ou agravamento de doenças somáticas e psiquiátricas nos enlutados. Ele consultou registros médicos de 32 sujeitos enlutados (cônjuges e pais), cujos entes queridos faleceram subitamente (de forma inesperada). Foi comparado o estado de saúde destes dois anos antes e dois anos após as mortes, levando-se em consideração o número de dias em que cada voluntário esteve doente. Lundin observou que neste grupo houve um aumento de doenças somáticas e principalmente psiquiátricas após a morte.

III – Mortes por Suicídio

O suicídio de uma pessoa é um fato rondado por mistério, mitos, curiosidades, e acima de tudo, pela sensação de que algo incompreensível acometia aquela pessoa. O enlutado não compreende, busca entender as motivações do ente querido para tal ato, sente-se culpado, com raiva, enfim, se vê em um estado impactante. Parece haver uma maior dificuldade de aceitação da morte, se esta é “buscada” pelas próprias mãos do falecido. Esse parece ser o principal diferencial entre mortes por suicídio e outras, tais como por doenças ou acidentes.

Reed (1998) defende a separação do suicídio em uma categoria específica porque este não se configura como morte natural/esperada (já que é autoprovocada)

nem como morte súbita ou inesperada. Apesar do suicídio constituir um ato súbito, costuma haver a presença do risco. O suicídio geralmente é precedido por “depressões graves, ocorrências de eventos de vida estressantes, sinais de alerta [comunicações acerca da intenção de se matar] e tentativas anteriores de suicídio” (pp. 285). Os enlutados por esse modo de morte apresentam as reações gerais do luto, como em qualquer outro modo de morte, mas algumas destas comparecem de forma intensa e outras persistem por mais tempo. Farberow et al. (1992) postulam que as reações apresentadas pelos enlutados por suicídio, costumam ser apresentadas também pelos enlutados por outros modos de morte, com uma diferença: as reações dos primeiros são mais extremas e de longa duração. Eles apontam como um dos motivos, “o caráter súbito, não antecipado da morte e alguns aspectos violentos do suicídio” (pp. 357).

Os enlutados por suicídio apresentam ainda as reações que são específicas desse modo de morte, tais como: vergonha pelo modo de morte, alívio, culpa e sensação de ter sido abandonado e/ou rejeitado. Pelo fato do suicídio ser compreendido como uma morte autoprovocada, o enlutado pensa e sente como se o suicida, quando “escolheu” morrer, escolheu também deixá-lo. As sensações de abandono e de rejeição costumam ser reações presentes no luto por esse modo de morte. Reed (1998) constatou ainda que, quanto ao sentimento de rejeição no caso da morte por suicídio, não parece haver diferenças entre homens e mulheres quando estão em luto.

Com toda essa gama de sentimentos e reações, o enlutado por suicídio tende a apresentar mais complicações no luto do que enlutados por outros modos de morte. Ness and Pfeffer (1990) alertam que o enlutado por suicídio costuma apresentar dificuldades referentes ao luto, especificamente relacionadas ao modo de morte. Um

dos primeiros clínicos a chamar atenção para a influência do suicídio sobre o enlutado disse: “a pessoa que comete suicídio coloca seu esqueleto psicológico no armário emocional do enlutado – ele sentencia o sobrevivente a complexos sentimentos negativos, e o mais importante, a uma obsessão sobre as motivações para o suicídio” (Shneidman, 1969, *apud* Ness and Pfeffer, 1990, pp. 279).

Jordan (2001) ressalta uma reação específica desse modo de morte, que se refere ao fato do enlutado se prender ao porquê, questionar-se sobre as motivações que seu ente querido poderia ter tido para se matar. Segundo ele, devido ao suicídio ser autoprovocado, inflige uma lei básica da natureza humana: a autopreservação. Por isso, o enlutado se desgasta tanto se perguntado o motivo do suicídio, num esforço de dar sentido à morte do ente querido, e conseqüentemente, à sua perda.

Na literatura o termo mais utilizado para designar o enlutado por suicídio é “sobrevivente do suicídio” e refere-se não só aos familiares do suicida, mas a todos aqueles que eram próximos e que sofrem o abalo desta perda. A OMS – Organização Mundial de Saúde (2000) pondera que para cada pessoa que morre por suicídio, de 5 a 10 pessoas do círculo de contatos são gravemente afetadas. Se for incluso nesse círculo de contato colegas de trabalho, de escola/faculdade, vizinhança, grupo religioso e comunidade, esse número alcança uma proporção alarmante de pessoas que sofrem essa perda.

1 – Sintomas depressivos e do transtorno do estresse pós-traumático entre enlutados por suicídio

Farberow et al. (1992) realizaram uma pesquisa com enlutados por suicídio e por mortes naturais. Avaliaram os enlutados em quatro diferentes períodos: dois meses, seis meses, doze meses e dois anos e meio após a morte do familiar. Na primeira avaliação não constataram diferenças significativas entre os dois grupos no

que diz respeito a níveis de depressão, dificuldades psicológicas no luto e estresse emocional. Uma diferença considerável entre os dois grupos foi percebida na avaliação realizada aos 12 meses após a perda. Os enlutados por suicídio apresentaram um “nível de saúde mental significativamente pobre e sintomas depressivos graves em relação aos enlutados por mortes naturais” (pp. 358).

A pesquisa de Vargas et al. (1989) obteve dados alarmantes. Entre os 201 voluntários que participaram da pesquisa (175 mulheres e 26 homens), parentes ou amigos próximos de pessoas que haviam falecido de forma súbita ou violenta, 99% deles apresentaram sintomas depressivos graves e 56% relataram ideação suicida. Os sintomas depressivos levantados pelos pesquisadores foram: perda de apetite, sensação de cansaço ou fadiga, perda de interesse em atividades de trabalho ou recreação, dificuldades para dormir, tristeza e falta de ânimo. Entretanto a visão sobre esse quadro não é unânime. Este quadro de sintomas é defendido por alguns pesquisadores, não como depressão, mas um quadro similar que é próprio da situação de luto, mas requer mais estudos.

Seguin et al. (1995) observaram um índice maior de depressão entre enlutados por suicídio, quando comparados a enlutados por acidente automobilístico. Avaliaram os dois grupos aos quatro meses e depois aos nove meses após as mortes. Na segunda avaliação, constataram que a diferença no índice entre os dois grupos praticamente desapareceu. Então alertam para o fato de que a depressão após a perda não constitui um bom indicador da experiência de luto.

Assim como os sintomas depressivos parecem estar presentes durante o luto, o mesmo parece ocorrer com os sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Sabe-se que a origem do Transtorno do Estresse Pós-Traumático é um evento traumático experienciado pela pessoa. Knieper (1999) observou que alguns enlutados

por suicídio apresentam parte dos sintomas deste transtorno durante o luto: re-experienciam o evento (no caso, a perda ou a cena da morte) em pesadelos ou imagens mentais que aparecem sob a forma de *flashes*; evitam estímulos que lembrem o evento; apresentam dificuldade para dormir, hipervigilância e irritabilidade. Callahan (2000) defende que os sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático não constituíram reações de luto, nem mesmo quando a morte é um evento traumático como é o caso do suicídio. Ele defende que muitas das reações (tidas como específicas devido ao suicídio) que o enlutado apresenta, na verdade seriam reações pós-traumáticas. Ele cita um estudo realizado por Farberow et al. (1987), que compararam as reações de luto entre enlutados por suicídio e mortes naturais esperadas. Concluíram que enlutados por suicídio apresentavam mais ansiedade. Callahan (2000) reflete sobre esse dado: “esta reação [a ansiedade] pode ser um sintoma pós-traumático, ao invés de constituir um sintoma de luto complicado, que é geralmente caracterizado por um quadro parecido com a depressão” (pp. 109). Ele cita outro estudo, de Brent et al. (1993), onde avaliaram adolescentes que haviam testemunhado um homicídio seguido de suicídio em um ônibus escolar. Observaram que esses adolescentes que testemunharam o fato, mesmo não conhecendo as vítimas, apresentaram ansiedade e não tristeza ou depressão. Os pesquisadores concluíram que essa era uma reação pós-traumática, e não uma reação de luto.

Encontrar o corpo do suicida pode agravar ainda mais a situação emocional do enlutado. Muitos relatam re-presenciar a cena vários meses após a morte, através das já mencionadas imagens em forma de *flashes*. Callahan (2000) caracteriza essa reação como típica do trauma de encontrar o corpo. Brent et al. (1993 *apud* Callahan, 2000, pp. 109) alertam que “ser exposto a tamanha violência pode levar o enlutado a

dois diferentes quadros: o Transtorno Pós-Traumático, devido ao trauma ou ao quadro depressivo, devido à perda”.

2 - A culpa e a raiva

Freud (1915) postula sobre a ambivalência que o enlutado sente em relação a um ente querido quando falece e explicita mais precisamente, a ambivalência do sobrevivente de suicídio. Ele diz que as pessoas que amamos representam por um lado componentes de nosso próprio ego, mas por outro lado, são parcialmente estranhos.

“À exceção de pouquíssimas situações, adere à mais tenra e mais íntima de nossas relações amorosas uma pequena parcela de hostilidade que pode excitar um desejo de morte inconsciente” (pp. 308).

Enlutados por suicídio relatam tanto a culpa quanto a raiva em relação ao falecido por ter cometido tal ato. Essa afirmação de Freud pode explicar a raiva que o sobrevivente sente, assim como o alívio quando o suicídio acontece. Vargas et al. (1989) identificaram entre enlutados por mortes súbitas ou violentas a raiva do enlutado direcionada ao falecido, distinta de manifestações não específicas (generalizadas) de raiva. Consideram a raiva direcionada ao falecido como importante elemento do luto, quando este é resultado de mortes súbitas/violentas. Nesses casos, o enlutado tende a atribuir a causa da morte ao falecido. O enlutado precisaria tornar-se capaz de expressar a raiva que sente do falecido de forma consciente. Isso representaria progresso para a aceitação da morte, e

conseqüentemente, da perda. Entretanto os pesquisadores sugerem a necessidade de se averiguar melhor esse dado.

Seguin et al. (1995) definiram a culpa como “sentimento de auto-reprovação devido à sensação de ter feito algo errado ou transgredido alguma importante regra. Implica num sentimento de desgraça, desonra e falha” (pp. 489). Eles estabeleceram uma ligação entre a culpa sentida pelo enlutado por suicídio com as sensações de humilhação. Todas essas sensações reforçariam o estigma associado ao suicídio. Thornton et al. (1989) alertam para o fato de que o enlutado por suicídio pode se culpar ainda mais face à sensação de não ter percebido os sinais (por mais sutis que sejam) de que o ente querido pudesse se matar.

3 - O alívio do enlutado por suicídio

Relatos espontâneos do enlutado sobre o alívio experimentado após a morte acontecem com pouca freqüência. Talvez pelas convenções sociais, o enlutado sintasse culpado em relatar tal sensação. O alívio sentido pelo sobrevivente de suicídio parece estar intimamente relacionado à angústia que os familiares e pessoas próximas costumam sentir quando tomam conhecimento (antes da consumação do suicídio) da presença de acentuada e persistente ideação suicida ou tentativas de suicídio empreendidas pelo ente querido e conseqüente risco de morte. Passar por essas situações com o ente querido desgasta emocionalmente a família e parece ser proporcional ao alívio sentido depois da morte.

Jordan (2001) compartilha dessa visão sobre o alívio do enlutado por suicídio. Ele cita as conclusões a que Cleiren (1993 *apud* Jordan 2001) chegou após estudar enlutados por suicídio: os familiares de suicidas apresentam altos níveis de estresse e sintomas severos mesmo antes do suicídio ser consumado. Ele observou entre os entrevistados que a sensação de alívio costumava estar presente entre aquelas

famílias cujo membro suicida morreu após um longo período de distúrbio ou doença. É muito provável nesses casos, que os familiares tenham experienciado um longo e difícil período lidando com os comportamentos autodestrutivos do membro suicida e o conseqüente desgaste emocional. Esses familiares, mesmo sentindo a dor advinda da perda, apresentam um declínio dos níveis de estresse após a morte.

Jordan (2001) afirma que os enlutados que já antecipavam a possibilidade do suicídio, podem apresentar o chamado “efeito alívio” após a morte. Esses familiares sentem a culpa, rejeição e abandono, mas também o alívio por não terem agora que lidar mais com os comportamentos autodestrutivos do membro familiar suicida. Segundo ele, estes experimentam um curso diferente de luto, com uma diminuição do estresse e sintomas, quando comparados com enlutados por suicídio cujas relações com o familiar suicida eram menos perturbadas. Os níveis dos sintomas naquele grupo parecem ser similares aos de indivíduos que experienciam perdas menos traumáticas. Esse é um item importante a ser melhor avaliado em pesquisas futuras.

Seguin et al. (1995) realizaram um estudo para avaliar as diferenças de algumas reações de luto. Conseguiram 30 enlutados por suicídio e 30 enlutados por acidente automobilístico para participarem de uma pesquisa. Todos eram pais que haviam perdido um filho, cujas idades na época da morte variavam entre 18 e 35 anos. Metade dos enlutados por suicídio relatou que uma espécie de calma havia retornado para suas vidas por não terem mais a preocupação constante que experimentavam quando seus filhos ainda estavam vivos. Nesses casos, os suicidas apresentavam algum tipo de transtorno mental ou abuso de substâncias, o que costuma causar muita tensão e estresse na família. Mesmo o suicídio dos filhos sendo

um acontecimento doloroso, foi percebido por estes pais como “um alívio devido a todas as dificuldades e sofrimento deles mesmos e de seus filhos” (pp. 491).

Em relação ao alívio sentido pelos enlutados por suicídio, faz-se necessária uma consideração. Duas interessantes pesquisas foram realizadas para se avaliar o ajustamento social e psicológico de viúvas de suicidas (Demi, 1978; Demi, 1984 *apud* Ness and Pfeffer, 1990). Nas duas primeiras pesquisas, foram comparados dois grupos de viúvas: 20 delas enlutadas por suicídio e as outras 20, enlutadas por mortes súbitas. As principais diferenças entre os dois grupos: no grupo das viúvas enlutadas por suicídio havia maior sentimento de culpa, ressentimentos e isolamento social; as viúvas do outro grupo (mortes súbitas) apresentaram maior sentimento de dependência do marido e para elas, a morte foi um evento que trouxe uma ruptura maior do que para as viúvas enlutadas por suicídio.

Um dado obtido nesta pesquisa deve ser ressaltado: mais da metade dos maridos que cometeram suicídio, já haviam empreendido tentativas anteriores e 40% das viúvas enlutadas por suicídio já haviam se separado dos maridos à época das mortes. Há a hipótese de que essas viúvas que já haviam se separado dos maridos enfrentaram menores desafios de adaptação após a morte, porque talvez desenvolveram outras relações e identidades diferentes daquelas que vivenciaram enquanto esposas. Esse dado lança dúvidas sobre a influência de relações conflituosas com o suicida antes da morte sobre o luto dos familiares.

Estas viúvas enlutadas por suicídio apresentaram dois “grupos” de reações contraditórias: mostraram-se menos dependentes dos maridos e sentiram menor ruptura com a morte, mas por outro lado, relataram maior culpa e isolamento social. Pode ser possível que o primeiro grupo de reações diz respeito à relação com o falecido (nesses casos, a separação marital pode ser indício de relação conflituosa) e

o segundo grupo de reações diria respeito ao modo de morte. É importante que esses aspectos sejam melhor estudados, relacionando como essas variáveis irão influenciar na sensação de alívio que o enlutado costuma sentir após um suicídio.

Supõem-se que é igualmente importante avaliar desajustes nas relações familiares antes e depois do suicídio. O que podemos estar tomando como reflexo do suicídio numa família, poderia já estar instalado antes da morte ocorrer e até ligado à motivação do indivíduo para cometer suicídio.

Seguin et al. (1995) levantam uma importante hipótese: de que o suicídio ocorra com mais frequência em famílias vulneráveis. Dificuldades interpessoais precedentes ao suicídio em tais famílias podem ser não só resultado de conflitos situacionais. Podem ser também indícios de vulnerabilidades pessoais, que determinam a forma como a pessoa reage a situações conflituosas. As vulnerabilidades apontadas por Seguin et al. seriam: (1) fatores genéticos, tais como presença de transtornos de humor na família; (2) dificuldades consolidadas devido ao modo como a pessoa construiu seu modelo para lidar com apego nas relações; (3) fatores ambientais, tais como eventos adversos de vida, separação dos pais, abuso sexual, etc. A vulnerabilidade pessoal envolveria uma interação entre esses fatores. Essa é uma das razões apontadas por alguns autores para a tendência de enlutados por suicídio apresentarem dificuldades em manter relações afetivas e falharem ao tentar manter e/ou obter apoio do suporte social.

4 – Mortalidade/ Ideação suicida associada ao luto por suicídio

A morte por suicídio parece deixar o enlutado mais vulnerável durante o luto, levando-o a apresentar as reações de luto de forma mais intensa e prolongada do que enlutados por outros modos de morte. O enlutado por suicídio estaria assim, mais propício a apresentar ideação suicida e até empreender tentativas de suicídio do que

enlutados por outros modos de morte. Um estudo epidemiológico sobre mortalidade entre enlutados após suicídio, realizado com 95.647 viúvas/viúvos por Ness and Pfeffer (1990) constatou que só durante o primeiro mês de luto dois viúvos se suicidaram. Se esse grupo fosse acompanhado por mais tempo (dois anos) outras mortes poderiam ser registradas. Não é citado se haviam amostras por outros modos de morte para comparação.

Especialmente crianças e adolescentes, parecem estar mais suscetíveis ao risco de matar-se quando expostos a um suicídio ou tentativas de suicídio de parentes ou amigos próximos. Roy (1983 *apud* Ness and Pfeffer, 1990) averiguou o risco de suicídio entre 5602 pacientes psiquiátricos, dividindo-os em dois grupos: um grupo havia sido exposto ao suicídio em suas famílias (entre familiares de primeiro e segundo graus), enquanto no segundo grupo não havia esse histórico familiar. Metade daqueles que foram expostos ao suicídio empreenderam no mínimo uma tentativa de suicídio, enquanto no grupo controle, somente $\frac{1}{4}$ deles tentaram suicídio. Não foi relatado neste estudo antecedentes psiquiátricos das famílias desses pacientes e nem mesmo o diagnóstico dos participantes da pesquisa.

Jordan (2001) alerta para o fato de que perdas de pessoas significativas e rupturas de relações por qualquer causa, principalmente por morte, podem elevar o risco de suicídio. Esse tipo de perda parece exercer um impacto ainda maior sobre o enlutado quando este apresenta histórico de abuso de substâncias ou foi vítima de abuso sexual na infância.

5 – Estigma, preconceito e vergonha

O suicídio é envolto por mitos e preconceitos construídos ao longo da história da humanidade. Na Roma antiga o ato de se matar era proibido aos escravos, por razões econômicas, e aos soldados, por ser visto como um ato não patriótico. Na

Idade Média, o suicídio era imbuído do aspecto profano, atribuído à influência do diabo. Por isso havia sanções ao cadáver (que não era sepultado em terreno sagrado), os bens do suicida eram confiscados e sua alma era condenada. No período industrial o suicídio adquiriu o caráter de ato banal, mas o suicida tinha atingida sua reputação. Aos poucos, o ato foi sendo associado à melancolia: naquela época (e ainda hoje) era visto como sinal de desequilíbrio psicológico ou mental.

O suicídio sempre foi concebido como um ato antinatural. Parece que a conotação de tal ato muda conforme as necessidades e costumes em determinadas épocas. O suicídio dos Kamikazes durante a guerra não era condenado, mas sim considerado um ato de heroísmo. A visão acerca do suicídio no Japão durante aquela época mudou para aquele que ajudava seu país. Outro exemplo que poderia ser citado refere-se aos samurais, que ao praticarem um ato que comprometesse sua honra preferiam se matar. Assim protegiam a própria honra.

Só a partir do século XIX o suicídio deixa de ser considerado um ato passível de punição divina e legal. Entretanto resquícios daquela época ainda persistem. Sendo visto de forma tão pejorativa, é claro que o suicida deixa um legado à sua família. A família deste costuma ser impingida até nos dias de hoje pelo “mal inerente” do ato. O enlutado por suicídio tende a ser visto como aquele que é de alguma forma culpado pelo suicídio do familiar ou que se recusou a ajudá-lo de alguma forma. Assim, além de lidar com a perda, o enlutado por suicídio costuma ser culpabilizado pelo suicídio e evitado pelas pessoas.

Calhoun and Selby (1980 *apud* Ness and Pfeffer, 1990), psicólogos sociais, interessaram-se por avaliar a percepção das pessoas sobre o enlutado por suicídio, apresentando aos participantes jornais com falsas notícias sobre algumas mortes de crianças por suicídio e por doença viral. Os participantes sentiram-se em relação aos

supostos pais enlutados por suicídio, menos amáveis e os culpavam pela morte. Um outro estudo foi realizado nos mesmos moldes, mas com a inclusão de supostas mortes por acidentes automobilísticos (Rudestam and Imbroll, 1983 *apud* Ness and Pfeffer). As reações dos participantes dos dois estudos eram parecidas em relação aos pais de crianças supostamente suicidas, mesmo comparados aos supostos pais enlutados de crianças que haveriam morrido em acidentes automobilísticos.

Thornton et al. (1989) resolveram ampliar a pesquisa de Rudestam and Imbroll (1983), ainda avaliando a percepção das pessoas acerca do enlutado. Neste estudo, as notícias das supostas mortes não eram apenas de crianças. Isso porque a reação das pessoas à morte de crianças é diferente de quando o falecido tinha mais idade. A idéia que as pessoas normalmente têm é que quando o falecido é uma criança, por não ser autônoma, a responsabilidade atribuída aos pais é maior, assim como são mais considerados culpados (como se tivessem contribuído para a morte da criança). O estudo levantou que os pais das supostas crianças falecidas, por serem culpabilizados, estariam mais vulneráveis a percepções negativas das pessoas quando em contatos sociais. Quando o suposto falecido era uma pessoa idosa, os sujeitos do estudo não apresentaram diferenças em suas reações relacionadas ao enlutado, não importando se era por suicídio ou por acidente automobilístico.

Thornton et al. (1989) alertam para o fato de que a percepção das pessoas acerca do enlutado costuma variar não só em função do modo de morte e idade do falecido, mas também em função do gênero do enlutado. Citam um estudo de Lundberg (1985) que obteve em sua pesquisa de mestrado sobre o tema que homens que expressavam as reações típicas de luto foram percebidos de forma negativa, mais que as mulheres.

Quando questionados sobre a percepção de enlutados por suicídio, os participantes da pesquisa atribuíram às mulheres enlutadas menor capacidade de desempenho de papéis sociais após a perda do que aos homens enlutados. Esse dado sugere que as mulheres enlutadas por suicídio tendem a ser vistas de forma mais pejorativa que os homens enlutados, e por isso, estão mais propensas a receber atitudes negativas das pessoas com as quais interajam. Uma questão que precisaria ser avaliada quanto a este dado, seria verificar se o fato da mulher ser vista como uma figura cuidadora (mais que o homem) a tornaria mais vulnerável à percepção negativa das pessoas quando esta perde um familiar por suicídio. Talvez a mulher enlutada por suicídio seja vista como uma figura cuidadora negligente com o suicida.

Sobre a diferença entre as reações de luto apresentadas por mulheres e homens enlutados por suicídio, Callahan (2000) alerta que homens tendem a apresentar mais reações somáticas e abuso de álcool do que as mulheres. Entretanto Stroebe and Stroebe (1983 *apud* Callahan, 2000) fazem um alerta acerca deste método de pesquisa. Defendem que estudos comparativos dessa natureza (de sexo) seriam inapropriados, devido à diferença das taxas de depressão, ansiedade e abuso de substâncias entre homens e mulheres. Talvez estudos cujas amostras fossem somente homens (enlutados e não enlutados) ou somente mulheres (enlutadas e não enlutadas) pudessem apontar dados interessantes acerca das diferenças na vivência do luto no que se refere a gênero.

Enlutados por suicídio tendem a evitar falar sobre a morte, por isso passam a evitar o contato com as pessoas para não terem que tocar no assunto do suicídio, já que as pessoas costumam perguntar as circunstâncias da morte e demonstrar curiosidade sobre as motivações e possíveis causas do suicídio. Faz-se necessário

avaliar até que ponto o preconceito e estigma percebido pelo enlutado no meio que o rodeia estaria motivando seu isolamento.

O preconceito e estigma que envolvem o ato do suicídio tendem a evocar no enlutado por suicídio outra difícil reação de luto, que é específica neste modo de morte: a vergonha. Devido à vergonha, o contato com as pessoas pode se tornar um estressor a mais para o enlutado. Este pode ser outro motivo que explique a tendência do enlutado evitar o contato com as pessoas.

Outra reação de luto característica desse modo de morte parece estar relacionada também ao preconceito e estigma que envolvem o imaginário das pessoas sobre o suicídio. Refere-se ao fato do enlutado por suicídio omitir o modo de morte ou mentir para as pessoas que a causa da morte do familiar foi outra. Range and Calhoun (1990 *apud* Jordan, 2001) verificaram que em uma amostra de enlutados por suicídio, 44% deles relataram ter mentido para as pessoas sobre o real modo de morte.

6- A rede social de suporte do enlutado por suicídio e o isolamento das relações

Na literatura é largamente postulado que o apoio ao enlutado por suicídio fica comprometido devido ao modo de morte. Esse dado precisa ser avaliado sob o ponto de vista tanto da rede social de suporte quanto do enlutado. O enlutado, devido ao estigma, vergonha e culpa (relacionados ao modo de morte), tende a evitar o contato social. Por outro lado, as pessoas que compõem a rede social de suporte do enlutado também se sentem constrangidas em relação ao modo de morte. Não sabem o que dizer ao enlutado, como ajudá-lo, se devem evitar ou tocar no assunto da morte, etc. Então a reação natural é evitarem tocar no assunto, o que o enlutado por suicídio costuma perceber como falta de apoio. Ainda é necessário levantar se o enlutado por suicídio realmente recebe menos apoio que outros enlutados, devido ao

modo de morte, ou se sua percepção fica comprometida, levando-o a não perceber o apoio disponibilizado por sua rede social de suporte. Estaria o estigma do próprio enlutado por suicídio interferindo em sua percepção do apoio? Van Dongen (1993 *apud* Knieper, 1999) defende a idéia que o enlutado por suicídio projeta seu próprio estigma sobre o suicídio em sua rede social de suporte.

O fato das pessoas à volta do enlutado por suicídio não saberem o que dizer, ou como ajudá-lo, pode levá-lo a perceber isso como falta de apoio ou apoio inadequado. Knieper (1999) utiliza o termo *apoio negativo* para esse fenômeno. Range (1998 *apud* Jordan, 2001) diz que a hesitação das pessoas frente ao assunto do suicídio e o fato de não saberem como ajudar o enlutado pode ser interpretado de forma errônea por este, como rejeição.

Seguin et al. (1995) obtiveram um dado interessante sobre a rede social de suporte dos enlutados. Pais enlutados por suicídio relataram receber mais apoio de colegas de trabalho, amigos e da família extensa. Já os pais enlutados por acidentes automobilísticos relataram como fonte de apoio à família nuclear e a família extensa. Esse dado não é conclusivo, mas parece que enlutados por suicídio não costumam ver suas famílias nucleares como fonte de suporte, além de se isolarem mais que os enlutados por acidentes automobilísticos.

Há várias perguntas que rodeiam o tema *apoio* quando se refere à família do suicida. Será que os membros dessas famílias são menos disponíveis para se ajudarem ou encontram-se mais exaustos devido à dura tarefa de tentar salvar da morte o membro que pretendia se matar? Ou ainda, será o suicídio nessa família mais um sintoma indicador dos conflitos e vulnerabilidades familiares, o que tornaria seus membros menos aptos a prestarem ajuda ao outro? Ou será que a culpa e vergonha

fazem com que o enlutado por suicídio sinta-se incapaz de ajudar outro membro familiar (também enlutado), mesmo que o pretenda?

Seguin et al. (1995) realizaram uma pesquisa com 60 pais enlutados, sendo 30 por suicídio e 30 por acidentes automobilísticos, que haviam perdido filhos com idades entre 18 e 35 anos. A diferença entre os dois grupos refere-se ao sentimento de culpa. Entre os pais enlutados por suicídio entrevistados, quase todos relataram a sensação de terem falhado de alguma forma com seus filhos e questionaram suas competências enquanto no papel de pais. Isso os levava a sentirem-se incomodados perante suas famílias e também desprovidos de competências para apoiar os outros membros familiares. Culpa e vergonha parecem influenciar no isolamento do enlutado por suicídio, assim como na sua capacidade de oferecer e buscar apoio dentro de suas famílias.

Um outro ponto obscuro ainda diz respeito à capacidade do enlutado buscar e receber apoio de sua rede social de suporte. Parece que para os enlutados por suicídio, mesmo que sua rede social de suporte ofereça apoio, há vários aspectos que o impedem de assim perceber: vergonha, culpa, sensação de ser estigmatizado e possíveis relações conflituosas com o suicida. Parece que para esses enlutados, o isolamento tem raiz nos dois lados, o que o torna quase intransponível: acontece pelo lado de sua rede social de suporte, mas também pelo lado do enlutado por suicídio.

Dunn and Morrish-Vidners (1987 *apud* Jordan 2001) cunharam um termo a fim de explicar esse fenômeno pelo qual o enlutado por suicídio passa: *auto-estigmatização*. Van Dongen (1993 *apud* Jordan, 2001) exalta que enlutados por suicídio preocupam-se mais sobre o que as pessoas pensam a seu respeito, sentem-se inseguros sobre como agir, não sabem o que dizer, nem como dividir seus sentimentos com as outras pessoas. Acreditam que os membros da comunidade

também não sabem como agir na presença deles. Range and Calhoun (1990 *apud* Jordan, 2001) observaram que enlutados por suicídio relataram sentir mais pressão que enlutados por mortes naturais para explicarem a causa da morte e relataram também que sentiram que as pessoas estavam tratando-os de forma diferente depois da morte.

Reed (1998) alerta para a importância do apoio ao enlutado a partir de sua constatação de que enlutados que perderam entes queridos jovens relatam sentimento de rejeição mais acentuado do que aqueles que perderam pessoas idosas, principalmente quando o apoio é ineficiente, inadequado ou inexistente. “Quando o suporte social da família e amigos é presente, as diferenças do sentimento de rejeição associadas à idade do falecido tornam-se quase inexistentes” (pp. 287). Segundo ele, o apoio oferecido pela família e amigos é determinante para o declínio da ansiedade de separação, sentimentos de rejeição e depressão entre enlutados.

7 – O impacto do suicídio sobre a família e os padrões de funcionamento e de interação

Uma família que perde por morte um de seus membros experimenta grande impacto em seu funcionamento, nas relações entre seus membros, na forma de solução de problemas comuns aos membros, etc. Esse impacto pode ser ainda mais devastador se a morte em questão decorre de um suicídio, pois além do esforço de adaptação à perda, os membros precisam lidar também com as conseqüências do modo de morte.

Os padrões de relações entre membros numa família onde ocorre o suicídio podem ser diferentes de outras. Apesar disso não constituir uma regra, há semelhanças na maioria dos casos das famílias em questão. Nesses casos, o suicídio pode representar uma resposta ao modo de funcionamento da família, às pressões, à

falta de suporte, etc. Principalmente o suicídio de crianças e adolescentes costuma estar relacionado a um histórico de abuso sexual e/ou moral, abuso de substâncias, negligência durante a infância, dificuldades na interação entre os membros familiares e separações significativas – divórcios, mudanças bruscas e morte, por exemplo (Adam, 1990 *apud* Jordan, 2001). Se o suicídio acontece num contexto familiar nesses moldes, constitui tanto uma dificuldade do indivíduo (agravada ou ocasionada pelo ambiente), quanto um fator de risco de morte para os membros enlutados.

Jordan (2001) alerta que mesmo quando o ambiente familiar antes do suicídio é o mais “normal” / funcional possível, ainda assim quando o suicídio acontece, este tem o poder de tirar a família do estado de equilíbrio anterior e predispor seus membros a transtornos psiquiátricos. Brent et al. (1996 *apud* Jordan, 2001) encontraram dentro do prazo de seis meses após a morte, altos índices de depressão entre irmãos/irmãs (principalmente jovens) e mães de suicidas. Esse quadro continuou o mesmo entre as mães de suicidas até 37 meses após a morte.

McIntosh (1987 *apud* Jordan, 2001) realizou um estudo e levantou relevantes dados. Ele observou que há três aspectos comuns em famílias com crianças enlutadas pelo suicídio de um de seus pais: informação/comunicação distorcida (escondem as verdadeiras circunstâncias da morte), sentimento de culpa e identificação com o falecido. Walsh and McGoldrick (1998) afirmam que o estabelecimento rigoroso de um segredo (como este) tem o poder devastador por longo tempo sobre a comunicação na família para lidar com vários assuntos emocionalmente difíceis, deixando a família numa posição vulnerável para outros eventos difíceis que venham a ocorrer.

Jordan, Kraus and Ware (1993 *apud* Jordan, 2001) identificaram vários aspectos na interação familiar que são afetados pela morte de um de seus membros: o

abalo da comunicação aberta, ruptura no funcionamento dos papéis desempenhados pelos membros familiares, desenvolvimento de conflitos acerca das diferenças de enfrentamento apresentadas pelos membros familiares, desestabilização das alianças dentro da família e ruptura da ligação da família com sua rede de suporte. Segundo eles, os efeitos de perdas (principalmente mortes traumáticas) exercem forte impacto no processo desenvolvimental da família, padrões de comunicação e transmissão da visão familiar sobre o mundo para futuras gerações. Eles deram o nome de *sleeper effects* (efeitos adormecedores), que podem atuar dificultando para a família lidar com futuras separações ou perdas. O termo *sleeper effects* parece remeter ao fato de que os efeitos surgem de forma silenciosa, apesar de poderosos, dentro da família. Quando a família experiênciava uma morte por suicídio talvez esses efeitos apresentem-se como um diferencial a mais devido ao modo de morte (pelo preconceito, estigma, culpa, vergonha, etc). Estudos cuidadosos são necessários no âmbito das reações familiares.

8- Antecedentes psiquiátricos na família

Este é um importante dado a se levantar entre enlutados porque possibilita identificar sinais do desgaste nas relações familiares, tal como o fator genético ligado a alguns transtornos psiquiátricos na família. Constitui também importante fator que alerta para a possibilidade de transtornos entre enlutados por suicídio, e para um possível risco de que o enlutado também possa vir a se matar.

Seguin et al. (1995) obtiveram dados que apontam nessa direção. Quando questionados sobre histórico psiquiátrico das famílias dos 30 pais enlutados por suicídio que se submeteram a uma pesquisa realizada, 13 relataram a presença de depressão, 12 relataram a dependência de álcool e 8 relataram a presença da esquizofrenia. Dentre os outros 30 pais, enlutados por acidentes automobilísticos, 3

relataram a presença de depressão, 4 relataram dependência de álcool e nenhum relatou casos de esquizofrenia na família.

Levantar os antecedentes psiquiátricos na família é essencial em medidas de intervenção no processo de luto.

No próximo capítulo serão citados os principais instrumentos existentes para avaliação do luto e um será discutido em especial, o Grief Experience Questionnaire, por ser específico para avaliar as reações de luto de enlutados por suicídio. Será também apresentada a entrevista utilizada nesta pesquisa.

CAPÍTULO 3: MÉTODO

“Então, em sua dor, foi forçado a aprender que cada um de nós pode morrer, e todo o seu ser revoltou-se contra a admissão desse fato, pois cada um desses (esposa, filho, amigo) antes amados era, afinal de contas, uma parte de seu próprio eu amado”.

Freud, 1915, pp. 303.

MÉTODO

Neste capítulo serão apresentados os objetivos deste estudo e os procedimentos utilizados: a entrevista, o questionário que norteou a construção da entrevista e o tratamento dispensado aos dados colhidos a partir da entrevista. Serão brevemente apresentados alguns instrumentos de avaliação do luto e a razão da escolha do *GEQ* para tradução. São apresentadas e comentadas as escalas do *GEQ*, já que as reações avaliadas por este instrumento nortearam a construção da entrevista utilizada neste estudo.

I - Objetivos

O presente estudo tem como objetivos:

Geral: avaliar as vivências do luto conforme o modo de morte (natural/esperada, inesperada/acidental e por suicídio).

Específicos:

- Identificar entre os familiares enlutados as reações à perda durante o luto comum aos enlutados, independente do modo de morte;
- Identificar entre os familiares enlutados as reações à perda durante o luto, específicas quando a morte ocorre por suicídio;
- Construir, avaliar e propor o aperfeiçoamento de uma entrevista que possibilite avaliar essas reações.

II - Coleta de Dados

O projeto deste estudo, que foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FM/UnB), previa a aplicação do *Grief Experience Questionnaire* (GEQ) em 300 voluntários que se dispusessem a participar da pesquisa. Esse número de participantes seria necessário devido a um dos objetivos da pesquisa, que seria trabalhar o processo de validação do instrumento em uma amostra da população brasileira. Várias tentativas foram empreendidas para se atingir esse número de pessoas enlutadas, entre elas, o estabelecimento de um Termo de Cooperação para essa finalidade entre a UnB e a Polícia Civil/DF, e o contato com várias funerárias e hospitais no Distrito Federal e na cidade de Goiânia. Entretanto, houve dificuldades institucionais para o estabelecimento do Termo de Cooperação. Também foi encontrada grande dificuldade para a adesão de número suficiente de pessoas para a análise pretendida: o acesso a voluntários em potencial, via funerárias e hospitais, poderia ferir os princípios éticos essenciais à pesquisa (por exemplo, se uma funerária ou hospital fornecesse dados pessoais e meios de contato com famílias enlutadas sem a devida permissão destas). Assim, optou-se pela avaliação qualitativa do luto, com a criação da *Entrevista de Avaliação de Luto* e por outras adaptações ao projeto inicial de pesquisa, com um novo delineamento que tem por objetivo avaliar a experiência subjetiva do luto conforme o modo de morte. Esta alteração mantém os propósitos originais, variando apenas o método, sem alterar o tema do estudo, nem os princípios éticos da pesquisa em relação aos participantes.

Uma carta-convite para o presente estudo foi escrita, contendo o objetivo geral da pesquisa, o público-alvo (pessoas enlutadas) e os meios de contato com a mestrandia/responsável pela pesquisa. Esta carta-convite foi impressa e entregue em funerárias e igrejas do plano piloto do Distrito Federal e em um hospital particular na

cidade de Goiânia-Go. A mesma carta-convite foi também veiculada via e-mail, acompanhada do pedido de divulgação ao maior número possível de pessoas. Outros voluntários para a pesquisa foram obtidos através de indicações informais, ou seja, pessoas que tomaram conhecimento sobre a pesquisa apresentaram a referida carta-convite a familiares enlutados de seu convívio, com os meios de contato com a pesquisadora responsável.

Após o enlutado fazer o contato com a pesquisadora e explicitar seu interesse voluntário em participar da pesquisa, foi agendado um horário para a aplicação da entrevista. A aplicação da entrevista foi precedida de explicações sobre a pesquisa e do colhimento de assinatura de cada participante no Termo de Consentimento Livre Informado. A entrevista foi aplicada individualmente em cada participante.

III –Casos que Compõem este Estudo

A organização dos casos foi realizada conforme o modo de morte, sendo esse o critério de divisão dos voluntários em três diferentes agrupamentos. O primeiro refere-se às pessoas enlutadas por mortes naturais/esperadas, cujos falecimentos ocorreram por idade avançada ou doença degenerativa/progressiva. As pessoas enlutadas deste agrupamento que perderam o ente querido por doença, já haviam tomado conhecimento da alta probabilidade de que o ente querido viesse a falecer, antes que a morte acontecesse. Entre estes enlutados, o tempo ocorrido entre o conhecimento do risco de morte e o momento da morte variou entre três e seis meses. Da mesma forma, os enlutados por mortes naturais já contavam também com essa possibilidade, devido à idade avançada do falecido.

O segundo agrupamento foi constituído pelas pessoas enlutadas por mortes inesperadas/acidentais, cujos falecimentos ocorreram por homicídio, acidente automobilístico, ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral. Os falecidos não haviam se submetido a nenhum tratamento de saúde relacionado à doença que causou a morte. Os enlutados não sabiam da existência do risco de morte, nem mesmo da existência da doença que levou o ente querido à morte. Receberam a notícia da morte sem sinal prévio de que pudesse acontecer. As mortes eram, portanto, totalmente inesperadas, sendo recebidas pela família de forma súbita.

Finalmente o terceiro agrupamento: constituído por pessoas enlutadas por suicídios. Nestes casos não havia a menor margem de dúvida acerca da causa de morte, ou seja, não havia a possibilidade de ser um acidente. O que comprova isso é que todos os enlutados por suicídio que participaram da pesquisa relataram que os respectivos falecidos em questão haviam feito tentativas prévias de suicídio. A causa das mortes (enforcamento, por exemplo) ou o fato da morte acontecer na presença de testemunhas constituem outro dado que comprova os suicídios aqui relatados. Estes seriam indicadores diretos do modo de morte (suicídio). Há ainda indicadores indiretos nos relatos, ou seja, outros sinais de risco de suicídio que os falecidos apresentavam (abuso de drogas, ideação suicida, quadros depressivos, etc) que não deixam margem de dúvidas de que se tratava de suicídio. Esse critério de exclusão é importante; caso contrário, poderia haver margem de dúvida sobre o modo de morte, (acidente X suicídio), o que a priori, poderia influenciar as reações do luto.

IV - Instrumentos de Avaliação do Luto

Alguns instrumentos foram criados com a finalidade de acessar e avaliar as reações de luto. Entre os mais citados na literatura estão: *Core Bereavement Items* (Burnett, 1997), que avalia a intensidade e evolução das experiências de luto entre vários familiares, conforme o vínculo de parentesco (crianças, cônjuges, pais que perderam filhos, filhos adultos que perderam os pais, etc.); *Hogan Grief Reactions Checklist* (Hyrkas et al. 1997), que abrange vários tópicos relacionados ao luto (medo da perda de controle, dificuldade com concentração, culpa e raiva, ataques de pânico, desejo de morrer para estar com o falecido, etc); *Inventory of Complicated Grief* (Prigerson et al. 1995), que acessa alguns sintomas de luto complicado, tais como os estados emocional, comportamental e cognitivo; *Texas Inventory of Grief* (Faschingbauer et al. 1977), que avalia a extensão do luto não resolvido em resposta à perda de um membro familiar; *Texas Revised Inventory of Grief* (Faschingbauer et al. 1987), que avalia sentimentos e ações do enlutado na época da morte e atualmente; e o *Grief Experience Questionnaire* (Barret e Scott, 1989), que avalia reações de luto comuns, independente do modo de morte e reações específicas de luto advindo de suicídio.

V - O *Grief Experience Questionnaire* - GEQ

O *Grief Experience Questionnaire* (Barrett & Scott, 1989) é um instrumento auto-aplicável, composto por 55 itens que representam 11 dimensões do luto: reações somáticas, reações gerais de luto, busca por explicações, perda do suporte social, estigmatização, culpa, responsabilidade, vergonha, rejeição, comportamentos autodestrutivos, reações únicas (específicas do luto por suicídio). Os itens são avaliados na escala Likert, de 5 pontos de frequência de experiência (de “nunca” a

“quase sempre”). Originalmente, este instrumento foi criado com a proposta de acessar e avaliar experiências de luto, assim como comparar o luto de enlutados por suicídio e o luto de enlutados por outros tipos de morte (naturais/esperadas e mortes acidentais/inesperadas).

A escolha do *Grief Experience Questionnaire* foi pautada pelo interesse no luto de enlutados por suicídio, cujo termo utilizado na literatura para nomeá-los é *sobreviventes do suicídio*. Com os estudos na área, sabe-se que o familiar ou amigo próximo de um suicida entra para o grupo de risco de suicídio. Como já citado anteriormente, existem vários instrumentos que se propõem a avaliar o luto, mas de todos os instrumentos pesquisados, somente o *GEQ* apresenta a proposta de avaliar o luto de enlutados por suicídio de forma diferenciada. Assim o *GEQ* é importante instrumento para pesquisadores e profissionais de saúde que lidam com sobreviventes do suicídio. O instrumento avalia dois tipos gerais de reações de luto: aquelas reações esperadas em todo e qualquer luto e aquelas específicas do luto por suicídio. As reações comuns de luto são acessadas em duas dimensões do instrumento: Reações Somáticas e Reações Gerais do luto. As reações de luto mais associadas ao luto do sobrevivente do suicídio são acessadas através das seguintes dimensões: Procura por explicação; Perda do suporte social; Estigmatização; Culpa; Responsabilidade; Vergonha; Rejeição; Comportamento autodestrutivo e Reações únicas. Seguem as definições operacionais dessas 11 dimensões, segundo Barrett & Scott (1989):

1 – Reações Somáticas: O período do luto é marcado pelo estresse advindo da perda. É comum enlutados adoecerem e procurarem médicos durante esse período, pois podem vivenciar o estresse refletido em sintomas físicos típicos, tais

como: dores no peito, palpitações, nervosismo, tremores, sensação de estar doente, vertigens, desmaios, suor exagerado, etc.

Ex.: Item 2 – Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você experimentou a sensação de estar doente?

2 – Reações gerais do luto: Muitas das reações de luto são comuns a todos enlutados. É comum que pessoas enlutadas experienciem entorpecimento, negação, ataques de pânico, hostilidade, agressividade, fúria, desespero e sentimento de vazio. Essas reações são independentes da causa da morte do falecido.

Ex.: Item 14 – Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você se viu não aceitando o fato da morte ter acontecido?

3 – Busca por explicação: Quanto mais o enlutado conhece e compreende a causa da morte, menos complicado torna-se o processo de luto. Este é um dos pontos mais difíceis para o enlutado por suicídio, já que é um tipo de morte auto-infligida e é comum a família não tomar conhecimento sobre os motivos do suicida para tal ato.

Ex.: Item 15 - Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você tentou encontrar um motivo para a morte?

4- Perda do suporte social: Pessoas enlutadas citam com frequência o fato de que amigos e familiares evitam falar sobre assuntos relacionados à morte do ente querido ou até afastam-se do enlutado. No caso dos enlutados por suicídio esse aspecto torna-se ainda mais marcante devido ao constrangimento que os amigos sentem ao falar com o enlutado sobre o suicídio. Os amigos podem evitar falar sobre o assunto pensando estar poupando o enlutado, mas este pode perceber essa evitação como uma não abertura dos amigos para se falar sobre o suicídio. Danto (1977, apud Barrett and Scott, 1989) constatou que vizinhos e parentes configuram fonte de suporte para enlutados em circunstâncias “normais” de morte, o que não ocorreria no

caso de suicídio. Então, ele afirma que “uma percepção social negativa sobre o suicídio resulta em maior isolamento do sobrevivente do suicídio” (pp. 204).

Ex.: Item 18 – Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você sentiu como se ninguém se preocupasse em ouvi-lo?

5- Estigmatização: Mortes naturais não costumam causar estigma à família, o que costuma ocorrer com a família de um suicida. Esta tende a ser vista como “culpada” (por não ter evitado a morte do suicida) e ainda marcada pelo ar de mistério e crenças que envolvem o suicídio.

Ex. Item 21- Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você pensou que as pessoas estavam conversando sobre você ou seu cônjuge?

6- Culpa: O enlutado costuma, em algum momento do luto, se culpar pela morte. O enlutado por suicídio também é acometido por culpa, entretanto esta tende a ser mais intensa e durar por mais tempo. Acontece com frequência o familiar do suicida pensar que foi a causa da morte do ente querido, por omissão ou por ação. O enlutado por suicídio, além desses pensamentos, também costuma acreditar que deveria ter sido capaz de perceber a intenção do falecido de se matar, se esta não foi comunicada. Se a intenção de suicidar-se foi comunicada pelo ente querido, o sobrevivente tende a crer que foi negligente.

Ex. Item 30 – Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você se sentiu de alguma maneira culpado(a)?

7- Responsabilidade: De maneira geral, enlutados costumam ter a sensação de arrependimento por ter dito/não dito ou feito/não feito algo ao falecido antes de sua morte.

Ex.: Item 34- Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você desejou não ter dito ou feito certas coisas durante seu casamento?

8- Vergonha: Esta dimensão refere-se principalmente aos enlutados por suicídio. Isso porque se sentem envergonhados e embaraçados devido a causa da morte. Ginsburg (1971, apud Barrett and Scott, 1989) afirma que “o suicídio é percebido pela maioria das pessoas como um evento vergonhoso” (pp. 205). Esse sentimento leva o sobrevivente do suicídio a evitar interações sociais, onde o assunto poderia ser abordado, aumentando ainda mais o isolamento.

Ex: Item 37 – Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você sentiu-se desconfortável ao revelar a causa da morte?

9- Rejeição: Muitos dos enlutados sentem-se abandonados pelo falecido, mesmo quando racionalmente compreendem que a morte não foi um ato intencional do ente querido com a finalidade de deixá-los. Esse sentimento é mais intenso para os enlutados por suicídio, já que a morte foi auto-infligida. O enlutado por suicídio pode sentir que o falecido além de rejeitar a vida, o rejeitou também.

Ex: Item 45- Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você teve a sensação de que ao morrer, seu cônjuge havia rejeitado você?

10- Comportamento autodestrutivo: Arnold Toynbee (1976, apud Barrett and Scott, 1989) constatou uma tendência do enlutado de descuidar de sua própria vida, tornar-se doente e ser hospitalizado dentro do período que compreende o primeiro ano após a morte. É comum enlutados envolverem-se em acidentes, empreenderem comportamentos de risco (dirigir após o uso de álcool e/ou drogas, por exemplo) e até tentarem suicídio. Enlutados por suicídio apresentam esses comportamentos com maior frequência.

Ex.: Item 47- Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você se viu muito preocupado(a) enquanto estava dirigindo?

11- Reações únicas: Barrett and Scott (1989) defendem que algumas reações de enlutados só fazem sentido quando a morte é por suicídio, portanto seriam específicas. A título de exemplificação, eles citam o fato de alguns enlutados por suicídio omitirem ou mentirem sobre o modo de morte do ente querido.

Ex.: Item 54 – Desde a morte de seu cônjuge, com que frequência você contou a alguém uma causa de morte diferente da que é real?

VI – Considerações Finais Sobre o *GEQ*

O instrumento foi traduzido individualmente por três pessoas, conforme o modelo de Validação Semântica, proposto por Tavares (Notas de orientação para procedimentos de adaptação, padronização e validação de instrumentos de avaliação psicológica, 1997). Cada uma das versões foi avaliada quanto à adequação das expressões na língua portuguesa. Depois as versões foram comparadas entre si, sendo os itens julgados por juízes em termos de sua equivalência semântica, definindo-se a versão a ser adotada. O próximo passo foi revisar esta versão quanto ao grau de dificuldade de vocabulário e quanto à adequação gramatical e de gênero. Chegou-se assim à versão final do *GEQ* na língua portuguesa, na qual a pesquisadora baseou a construção da entrevista utilizada neste estudo.

VII - A Entrevista de Avaliação do Luto

Tavares (2000a) discorre sobre o aspecto investigativo da entrevista clínica, sendo um instrumento importante na “avaliação de aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos” (pp. 45). Segundo ele, a entrevista clínica constitui um valioso procedimento que consegue abarcar a “diversidade de situações clínicas relevantes e

explicitar particularidades que escapam a outros procedimentos, principalmente aos padronizados”. Essa característica da entrevista em relação ao GEQ na avaliação de particularidades das reações do luto motivou a utilização da entrevista.

O instrumento que inicialmente norteou a avaliação das experiências de vivência do luto foi o *Grief Experience Questionnaire – GEQ*. Este instrumento mostrou-se o mais apropriado para esta pesquisa, devido à proposta de avaliar não só as reações gerais do luto (que acontecem no luto decorrente de todo e qualquer modo de morte), mas também as reações próprias do luto por suicídio. Este último constitui o ponto de principal interesse deste trabalho. O instrumento avalia se o enlutado apresentou as reações de luto e a frequência que o enlutado é acometido por cada reação. Havia ainda o interesse em acessar as reações de luto subjetivas no contexto de cada pessoa enlutada que se propôs a participar deste estudo.

A entrevista foi então criada, baseada nas dimensões de luto avaliadas no *GEQ*, e possibilitou constatar na vivência dos sujeitos, a partir de relatos subjetivos, as reações investigadas. Portanto, a função da entrevista foi fornecer uma perspectiva mais próxima da clínica. Trechos desses relatos, obtidos a partir da entrevista, serão citados com alguns dados alterados com a finalidade de proteger a identidade dos sujeitos.

A entrevista aborda cada uma das dimensões de luto apontadas pelo *GEQ*, (Reações somáticas, Reações gerais do luto, Busca por explicação, Suporte social, Estigmatização, Culpa, Responsabilidade, Vergonha, Rejeição e Comportamentos autodestrutivos) preocupando-se com a intensidade, frequência e tempo de duração de algumas reações do luto, período do luto em que as reações aconteceram e pensamentos e sentimentos do enlutado em relação a suas reações de luto. Foi acrescentada na entrevista mais uma reação de luto, que o *GEQ* não avalia: Alívio. É

também importante questionar ao enlutado o que é considerado apoio por este após a morte de um ente querido (informação importante para a futura formação dos grupos de suporte a enlutados por suicídio, como já foi mencionado).

Vargas et al (1989) propõem a avaliação do processo de luto baseando-se na frequência e intensidade das reações de luto. Segundo eles, assim é possível determinar a patologia ou não do luto de um indivíduo. Essa visão conflui com a proposta do presente trabalho, e justifica a criação da entrevista. O GEQ avalia a frequência das reações, mas ficava a lacuna da intensidade, além da possibilidade de uma visão mais ampla sobre o processo de luto. Outro fator importante é levantar como a frequência e a intensidade dessas reações se configuram na experiência singular de cada um. A entrevista também possibilita acesso a informações importantes sobre o luto, por meio de perguntas exploratórias complementares, sobre aspectos significativos para o enlutado (por exemplo, comparar dois processos de luto de um mesmo indivíduo), o que não seria possível com a aplicação de um instrumento. Acessar essas informações, a partir da experiência do enlutado, é importante para a construção de um modelo teórico. Tavares (2000b) compartilha dessa visão, ao defender que a entrevista clínica é uma importante técnica que permite ao psicólogo/pesquisador acessar particularidades daquele que é entrevistado. Ele esclarece que “a padronização da técnica [da entrevista semi-estruturada] não significa que ela seja destinada a uma aplicação mecânica” (pp. 76). Entre as vantagens apontadas ressalta-se a melhor qualidade das pesquisas que requerem precisão de classificação diagnóstica e os benefícios para o tratamento clínico que podem resultar de uma avaliação diagnóstica mais cuidadosa (Tavares, 2000b). A Entrevista de Avaliação do Luto permite ao psicólogo abordar as principais reações do luto, conferindo-as na experiência do enlutado.

VIII - Procedimentos para Construção da Entrevista

A pesquisadora responsável e dois estagiários de pesquisa tomaram as dimensões do GEQ e outras informações, obtidas na literatura sobre luto e luto por suicídio em particular, como norteadoras da construção da Entrevista de Avaliação do Luto. Formularam individualmente as possíveis perguntas que poderiam constituir a entrevista. Reunidos a pesquisadora e os dois estagiários, selecionaram as perguntas que melhor atendiam aos objetivos de investigação do tema, que compõem a entrevista. Além das dimensões citadas no GEQ, foram incluídas mais duas, com o intuito de avaliar entre os enlutados se reconhecem a sensação de alívio (próprio e do falecido) com a morte e o que consideram apoio no período de luto. Alguns estudos relatam a sensação de alívio entre enlutados por mortes advindas de doenças de longo percurso. Entretanto, pretendia-se compreender se essa sensação de alívio também ocorreria entre enlutados por outros modos de morte, principalmente suicídio, e se essa sensação influencia no processo de luto. Outro item avaliado na entrevista que o instrumento não levanta refere-se ao que o enlutado considera apoio durante o luto. Este ponto é essencial para que possamos compreender melhor as fontes e formas de apoio mais apropriadas para o enlutado e assim, oferecê-lo aos enlutados por suicídio que integrem os grupos de suporte. Estes grupos serão formados para apoiar pessoas enlutadas por suicídio, e ainda possibilitarão a continuidade deste estudo, a fim de constituirmos um corpo de conhecimento sobre o luto por suicídio na realidade brasileira.

A entrevista é apresentada dividida em blocos de perguntas. Cada bloco de perguntas refere-se a uma dimensão ou categoria. Abaixo serão apresentados cada um desses blocos da entrevista com respectivas explicações.

REAÇÕES SOMÁTICAS

Este conjunto de perguntas foi elaborado visando identificar as reações somáticas apontadas pela literatura consultada (ver Cap. 1 e 2). Ao questionar a duração e período do luto em que ocorrem, visa fornecer pontos a serem averiguados por profissionais de saúde que lidam com pessoas enlutadas. Alguns enlutados podem sentir-se doentes e procurar médicos, mas na verdade o que sentem como doença pode constituir reação à perda.

- 1.1) Você apresentou alguma doença ou alteração física (desmaios, tonturas, enjôos, palpitações, dores no peito, contrações musculares ou outras) desde a perda de seu familiar/amigo? Quantas vezes?
- 1.2) Você já sentia isso antes da morte dessa pessoa?
 - 1.2.1) Se sim, isso foi diferente do que você costumava sentir antes da morte de seu familiar/amigo?
- 1.3) Em que período do luto isso aconteceu?
- 1.4) Quanto tempo durou esse quadro?

REAÇÕES GERAIS DO LUTO

As perguntas do item 2.1 verificam as reações comuns de luto. Onde se lê “Ataque se Pânico” na verdade refere-se somente aos sintomas deste transtorno de ansiedade que podem acometer o enlutado, sem que se configure obrigatoriamente transtorno em questão. O mesmo acontece no item 2.4, que se refere aos sintomas depressivos. Esses itens facilitam averiguar a presença ou não destas reações, e se estão dentro do esperado. Ao questionar sua intensidade e período no luto, pode-se ter acesso a informações que sinalizem um possível luto patológico, com desenvolvimento de um estado depressivo grave.

O item 2.2 pretende avaliar o esquecimento momentâneo do enlutado sobre o fato do familiar ter morrido porque isso pode dizer respeito da negação da perda. Essa é uma reação comum frente à perda de alguém por morte, mas se persiste por muito tempo pode ser sinal de falta de aceitação da morte.

O item 2.3, que diz respeito à irritabilidade do enlutado, foi incluído com o intuito de verificar se essa reação realmente acomete enlutados e se for exagerada, pode indicar um indício da presença de um quadro depressivo.

O item 2.4 visa avaliar os sintomas da depressão, que a priori são comuns no período do luto. Entretanto, ao avaliar o tempo e período do luto em que o enlutado foi acometido por esses sintomas, caso estes persistam, permite identificar a possibilidade de um quadro depressivo presente.

O item 2.5 visa compreender o que as pessoas consideram apoio no momento de desespero após a morte de um ente querido. Esse item pode auxiliar pessoas a fornecerem suporte efetivo a enlutados.

2.1) Você apresentou alguma das reações abaixo? Por quanto tempo ou quantas vezes?

A) entorpecimento - sensação de estar “anestesiado (a)”

B) sentimento de vazio

C) vontade de se isolar

C) ataque de pânico (medo sem motivo aparente, sensação de falta de ar, tonturas, sudorese, calafrios, ondas de calor, medo de perder o controle ou enlouquecer)

D) ficar assustado, sobressaltado com facilidade, em estado de alerta (Ex. assustar-se com a batida de uma porta,...)

- 2.2) Em alguns momentos você já se esqueceu de que seu familiar/amigo havia morrido?
- 2.2.1) Até quando isso durou?
- 2.2.2) Qual era a sua reação ao lembrar que essa pessoa não estava mais aqui?
- 2.3) Você se percebeu mais irritado ou agressivo após a perda?
- 2.3.1) Episódios de raiva estavam ligados a um motivo específico ou não?
- 2.4) Você sentiu alguma das reações abaixo? Por quanto tempo e em que período do luto?
- A) Humor deprimido (grande tristeza, choro constante)
 - B) Diminuição do interesse ou prazer ao fazer coisas, que antes gostava de fazer.
 - C) Perda ou ganho significativo de peso (sem que estivesse em dieta alimentar)
 - D) Dificuldade para dormir ou excesso de sono
 - E) Agitação motora ou retardo
 - F) Falta de energia para executar tarefas do dia-a-dia
 - G) Diminuição da capacidade de concentração e de pensamento
 - H) Sentimento de inutilidade
- 2.5) O que te ajudava nos momentos de desespero?
- 2.5.1) Quais eram suas reações nesses momentos?
- 2.5.2) O que você considera que foi seu apoio (amigos, religião, etc)?

BUSCA POR EXPLICAÇÃO

O item 3.1 permite avaliar se o enlutado pode estar desenvolvendo um luto patológico, quer pela evitação de tentar compreender a morte (principalmente a morte acidental ou decorrente de suicídio) ou se está fazendo essa busca de forma exagerada ou muito intensa, o que pode também comprometer o luto. O item 3.2 busca verificar se há diferenças na forma de buscar entender a morte, entre enlutados por diferentes tipos de morte. O enlutado por suicídio investe um tempo a mais no processo de luto para tentar entender a morte. Parece que assim, tem o processo de luto “estendido” devido a esta reação. Ele passa um tempo buscando compreender os motivos do suicídio, o que não costuma acontecer em outros modos de morte. Esse comportamento faz parte do processo do luto por suicídio, constituindo uma necessidade psicológica do enlutado para compreender melhor a morte do ente querido.

3.1) Você buscou explicações para o que aconteceu?

3.1.1) Por quanto tempo durou esse quadro?

3.1.2) Em que período do luto isso aconteceu?

3.1.3) Que pensamentos te ocorriam nesses momentos?

3.2) Você tomou alguma decisão ativa no sentido de entender a morte de seu familiar/amigo?

3.2.1) Você procurou o médico, psicólogo ou outro profissional de saúde que estivesse atendendo-o (a)?

3.2.1.1) Se não procurou, quis procurar? Por que não o fez?

3.2.2) Buscou informações em livros ou Internet sobre a doença/acidente?

- 3.2.3) Procurou saber se um familiar ou amigo próximo tinha alguma informação a mais?

SUPORTE SOCIAL

Esse conjunto de perguntas visa traçar um panorama amplo sobre o suporte social do enlutado, levantando como as pessoas que compõem a rede de suporte do enlutado costumam se comportar com o enlutado e vice-versa. Pretende-se verificar: se o enlutado se aproxima ou se afasta das pessoas; se busca ajuda entre sua rede de suporte social, quem são os mais procurados (dentro ou fora da familiar nuclear); se muda a interação entre o enlutado e a rede após a morte ou durante o luto; se o enlutado percebe constrangimento nas pessoas em relação à morte e se isso influencia em seu auto-isolamento; se o enlutado percebe a abertura das pessoas para tocar no assunto da morte como apoio ou se ele prefere não tocar no assunto. Pretende-se ainda diferenciar o isolamento da rede em relação ao enlutado do isolamento empreendido pelo próprio enlutado (e se isso é influenciado pelo modo de morte) e levantar o quê é considerado apoio pelo enlutado.

Esse conjunto de perguntas pode trazer informações importantes para a compreensão do que pode ser um suporte efetivo para o enlutado e se há especificidades que mudam no apoio oferecido ao enlutado, conforme o modo de morte.

- 4.1) Como foi o apoio recebido por parte de seus parentes e amigos?
- 4.2) O que você considera apoio nesta hora? O que mais te ajudou?
- 4.3) O relacionamento entre você e seus parentes/amigos mudou após a morte?
- Em que sentido?

- 4.4) Você percebeu constrangimento nas pessoas ao dar os pêsames ou tocar no assunto da morte de seu familiar/amigo?
- 4.4.1) Que indícios você teve de constrangimento das pessoas?
- 4.4.2) Como se sentiu com essas reações das pessoas?
- 4.5) Percebeu se algumas pessoas se afastaram de você?
- 4.5.1) Se sim, quem se afastou?
- 4.5.2) Qual a razão do afastamento, na sua opinião?
- 4.6) Você acha que passou a se manter mais isolado (a) após a morte de seu familiar/amigo?
- 4.7) Você sente que havia/há algumas situações específicas que eram/são mais evitadas por você? Por que?
- 4.8) Você sente que havia/há pessoas que eram/são mais evitadas por você? Por que?
- 4.9) Se você pudesse escolher, escolheria que as pessoas falassem com você sobre a morte de seu familiar/amigo ou que as pessoas evitassem tocar no assunto? Por quê?
- 4.9.1) Como você se sente quando as pessoas tocam no assunto?
- 4.9.2) Como você se sente quando percebe que as pessoas estão evitando o assunto?
- 4.10) Você pode citar 5 pessoas que você recorreu ou tem recorrido para falar/desabafar sobre a morte de familiar/amigo? Qual é o grau de proximidade entre vocês?

Pessoa A	Grau de parentesco/proximidade	Frequência em que a procurou
----------	--------------------------------	------------------------------

1-

2-

3-

4-

5-

4.11) Em família, vocês costumam conversar sobre a morte de seu familiar/amigo e relembrar fatos ocorridos com ele ou ela?

4.11.1) Você percebe se seus familiares sentem-se à vontade quando isso acontece?

ESTIGMATIZAÇÃO

Estas perguntas buscam avaliar se há preconceito ou estigma em relação à morte de forma geral ou se essa é uma especificidade quando a morte decorre de um suicídio.

5.1) Você sente que as pessoas estejam te tratando de uma forma negativa?

5.1.1) Se sim, por qual motivo na sua opinião?

5.2) Você se sente julgado ou discriminado pelas pessoas à sua volta em decorrência da morte?

5.2.1) Se sim, que indícios você teve?

5.2.2) Isso acontece em alguma situação específica?

CULPA

Este conjunto de perguntas busca avaliar se o sentimento de culpa está presente entre a maioria dos enlutados, independente do modo de morte. O sentimento de culpa influencia no processo de luto e talvez quanto mais intensa essa reação, maior o risco de retardo do luto ou de resultar em luto patológico. Buscou-se

também avaliar se há diferenças nesta reação entre os enlutados nos diferentes modos de morte.

6.1) É comum que pessoas que perderam um familiar/amigo sintam culpa em relação ao falecido. Com que intensidade você sentiu culpa desde a morte de seu familiar/amigo?

6.1.1) Se sim, em que período após a morte você sentiu mais culpa?

RESPONSABILIDADE

Essa reação refere-se aos questionamentos que o enlutado costuma se fazer sobre o que fez ou disse (ou não fez ou não disse) ao seu familiar antes da morte.

7.1) Se você pudesse voltar no tempo, teria feito algo diferente do que você fez com relação a seu familiar/amigo?

7.1.1) Se sim, o quê você teria feito diferente?

7.2) Acredita que de alguma maneira poderia ter evitado o falecimento?

7.2.1) Se sim, o que te faz pensar isso?

VERGONHA

Essa reação é apontada na literatura consultada como uma reação específica entre enlutados por suicídio. O estigma pode ser a explicação desta reação quando a morte acontece por suicídio. Esse conjunto de perguntas visa acessar essa reação nos diferentes modos de morte.

8.1) Você se sente constrangido em falar sobre a causa ou o modo como seu familiar/amigo faleceu?

8.1.1) Se sim, qual é o motivo de seu constrangimento?

8.2) Você alguma vez já omitiu a morte ou a causa da morte de seu familiar/amigo?

8.2.1) Em que situações você já se viu omitindo a causa da morte?

8.2.2) A que pessoas você já se viu omitindo a causa da morte?

REJEIÇÃO

Buscou-se avaliar essa reação à luz do modo de morte. A intenção é verificar se o modo de morte influencia no sentimento de ter sido abandonado pelo falecido, principalmente no caso do suicídio. O suicida é visto como alguém que “escolheu” morrer, logo o enlutado por suicídio pode sentir-se deixado, abandonado por aquele.

9.1) Sentiu-se abandonado por seu familiar/amigo depois da morte? Como?

COMPORTAMENTOS AUTODESTRUTIVOS

Esse conjunto de perguntas busca compreender se o suicídio e outros comportamentos autodestrutivos fazem parte dos pensamentos do enlutado, até que ponto há a presença de pensamentos sobre se matar e o conseqüente risco de morte. Finalmente, busca identificar se na família há membros que tenham tentado se matar ou se o fizeram. Esse último item pode ser valioso para levantarmos a incidência de casos na família do enlutado. Pode ser muito útil para intervir com familiares que estejam pensando em se matar.

10.1) Desde a morte de seu familiar/amigo você se percebeu menos cuidadoso com sua saúde? Como?

10.2) Depois da morte de seu familiar/amigo você se percebeu apresentando comportamentos de risco à sua integridade física? (uso de álcool e drogas,

imprudência no trânsito, envolvimento em brigas, relações sexuais sem uso de preservativo)

10.3) Você já pensou em acabar com sua própria vida?

10.3.1) Que pensamentos lhe ocorriam nestes momentos?

10.3.2) Isso já acontecia antes da morte de seu familiar/amigo ou passou a acontecer depois?

10.3.2.1) Se já acontecia antes, mudou a frequência e intensidade do desejo de acabar com sua vida?

10.3.2.2) Em relação a esses pensamentos sobre se matar, o que mudou após a morte de seu familiar?

10.4) Na família há alguma outra pessoa que tenha tentado suicídio ou tenha relatado esse pensamento após a morte de seu familiar?

10.4.1) Se sim, qual tem sido a reação da família?

10.4.2) Essa pessoa está recebendo algum tipo de ajuda? Qual?

ALÍVIO

Essa pergunta foi acrescentada a outras dimensões apontadas pelo GEQ. A intenção era avaliar se enlutados apresentam essa reação e se há diferenças que são influenciadas pelo modo de morte.

12.1) Sentiu que algum sofrimento de seu familiar/amigo foi amenizado com a morte?

12.1.2) E pra você, sente que houve algum alívio?

HISTÓRICO PSIQUIÁTRICO DO FALECIDO E DO ENLUTADO

Esse conjunto de perguntas visa avaliar se o falecido fazia algum tratamento psiquiátrico ou psicológico, se buscou ajuda profissional no caso de estar passando por alguma dificuldade. Essas informações são importantes no caso de suicidas. As perguntas relacionadas ao enlutado têm o intuito de avaliar se há necessidade de encaminhamento profissional.

13.1) Seu familiar/amigo já realizou algum tipo de tratamento com psiquiatra ou psicólogo?

13.1.1) Se sim, por que motivo?

13.1.2) Por quanto tempo?

13.2) E você, já fez algum destes tratamentos?

13.2.1) Se sim, por que motivo?

13.2.2) Por quanto tempo?

13.3) Sente que está precisando neste momento?

13.4) Na família, alguém faz uso de álcool ou drogas?

IX - Procedimentos para Aplicação da Entrevista

Os voluntários que se dispuseram a participar da pesquisa fizeram-no por livre vontade. Foi marcado um horário com cada um deles, para a aplicação individual da entrevista. O Termo de Consentimento Informado foi apresentado a cada um deles e colhida a assinatura de todos os participantes. Uma cópia foi destinada a cada participante, explicitando a eles seu direito de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento.

Esclarecidas as dúvidas dos participantes, a entrevista foi aplicada. O tempo médio das aplicações foi em torno de 2 horas. Ao término da aplicação, a

pesquisadora verificou o estado emocional de cada participante, como assegura o projeto da pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética.

X – Método de Análise Utilizado

O método denominado Análise de Conteúdo surgiu da necessidade de um método de análise das comunicações. Seu desenvolvimento teve início na área do Jornalismo nos Estados Unidos. Mostrou-se valioso método para trabalhar com material resultante de comunicações de vários tipos (escrita, oral, de documentos pessoais, etc), mas principalmente de materiais “especialmente criados para a investigação, tais como discussões em grupo ou transcrições de entrevistas” (Cortes, 1998, pp. 30).

Bardin (1977) define Análise de Conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens” (pp. 38). Corte (1998) aponta as duas vertentes da análise de conteúdo: uma quantitativa, baseada na identificação de frequências em determinada comunicação, útil na identificação de estruturas para elaboração de modelos; e a outra, a qualitativa, que busca identificar a ausência ou presença de algumas características ou temas no material analisado, almejando o significado das comunicações.

Franco (2003) distingue as unidades de registro, necessárias para a análise do material, que podem ser: a palavra, o personagem, o item ou o tema. Neste estudo foi adotado o tema como unidade de registro. O tema “é uma asserção sobre determinado assunto e incorpora o aspecto pessoal atribuído ao respondente” (pp. 36), privilegiando não só os componentes racionais presentes no material analisado, mas também os afetivos, ideológicos e emocionais. Bardin (1977) indica a análise

de conteúdo temática como indicada para trabalhar respostas a questões abertas, entrevistas ou inquéritos, onde o tema é útil para se avaliar “motivações de opiniões, atitudes de valores, tendências, etc” (pp. 106).

Realizada a entrevista, foi feita a *leitura flutuante* das transcrições de todas as entrevistas, como recomenda Bardin (1977) com o intuito de se deixar invadir por impressões e emoções contidos no material. Bardin faz uma analogia dessa fase da análise do material com a atitude do psicanalista. A leitura flutuante possibilita a formação das categorias, que constitui o próximo passo no trabalho de análise. As categorias já estavam de alguma forma sinalizadas em teoria e também em estudos empíricos, como assinalam as dimensões do GEQ, onde a pesquisadora responsável baseou-se para a construção da entrevista.

Franco (2003) coloca alguns requisitos para a categorização do material como essencial ao trabalho da análise do material. O primeiro refere-se à *exclusão mútua*, já que um princípio de classificação ordena o material, que pertencerá a uma categoria e não poderá estar simultaneamente em outra categoria. O segundo diz respeito à *pertinência*, que prega a as categorias devem ser pertinentes e estarem de acordo com o quadro teórico utilizado. O terceiro é a *objetividade e fidedignidade*, com o intuito de cuidado e atenção à subjetividade que aparece no material advindo de comunicações e que está também presente no julgamento dos juízes ao se definir as categorias. Finalmente o último critério, a *produtividade*. Segundo Franco (2003, pp. 60), este requisito é o que exige das categorias o fornecimento de “resultados férteis, no que diz respeito a inferências, novas hipóteses e dados relevantes para o aprofundamento das teorias e para a orientação de uma prática clínica construtiva e transformadora”.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Podemos tentar evitar a idéia da morte afastando-a de nós tanto quanto possível – encobrimo e reprimindo – ou assumindo uma crença inabalável em nossa própria imortalidade – os outros morrem, eu não!”

(Elias, 1982, pp. 7)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas com os 13 participantes desta pesquisa. Serão apresentados os casos, com detalhes que elucidam as reações relatadas por eles. Serão também apresentados os dados acerca dos enlutados e respectivos falecidos, tais como: idade, sexo, grau de parentesco entre eles, modo de morte (se natural/esperada, inesperada/acidental ou suicídio), a causa da morte (parada cardíaca, acidente automobilístico, enforcamento e outras) e o tempo transcorrido entre a morte e a realização da entrevista.

I – Os Casos Apresentados

Os casos apresentados referem-se a 13 pessoas enlutadas, entre 22 e 70 anos de idade (ver a Tabela 1). A idade dos falecidos à época da morte varia entre 22 e 98 anos de idade. Dos 13 participantes, 9 são mulheres e 4 são homens. O tempo transcorrido entre a morte e a realização da entrevista e aplicação dos questionários variou entre 5 meses e 1 ano e 3 meses. Os participantes foram assim divididos, conforme o modo de morte:

* Morte natural/esperada: 6 participantes, sendo 5 mulheres e 1 homem com idades entre 27 e 70 anos de idade. As idades dos falecidos à época da morte variaram entre 43 e 98 anos de idade. Causas das mortes: parada cardíaca, tuberculose, falência múltipla de órgãos (dois casos), leucemia e pneumonia.

* Mortes acidentais/inesperadas: 3 participantes, sendo 2 mulheres e 1 homem, com idades entre 22 e 31 anos. As idades dos falecidos à época da morte

variaram entre 34 e 69 anos de idade. Causas das mortes: fraturas múltiplas devido a acidente automobilístico, infarto cardíaco e AVC.

* Mortes por suicídio: 4 participantes, sendo 2 mulheres e 2 homens, com idades variando entre 27 e 59 anos de idade. A idade dos falecidos na época das mortes variou entre 22 e 32 anos. Importante salientar que dos 4 participantes, 2 eram membros de uma mesma família, sendo portanto 3 suicídios. Todos os entes queridos falecidos aqui mencionados já haviam feito tentativas anteriores de suicídio.

Tabela 1 - Dados gerais sobre os casos que compõem este estudo

Participante (sexo e idade)	Parentesco com o falecido	Falecido (idade e sexo)	Modo de morte	Causa da morte	Tempo de luto (meses)
1. Fem., 70	filha	96, Mas.	Natural/esperada	Parada cardíaca	7
2. Masc., 40	filho	60, Mas.	Natural/esperada	Tuberculose	14
3. Fem., 28	neta	89, Fem.	Natural/esperada	Fal.múltipla de órgãos	8
4. Fem., 46	esposa	43, Mas.	Natural/esperada	Leucemia	6
5. Fem., 40	Sobrinha-neta	98, Fem.	Natural/esperada	Fal.múltipla de órgãos	6
6. Fem., 27	sobrinha	61, Fem.	Natural/esperada	Enfisema pulmonar	4
7. Fem., 31	esposa	34, Mas.	Acidental/inesperada	Acidente automobilíst.	13
8. Masc., 23	filho	69, Mas.	Acidental/inesperada	Infarto cardíaco	15
	filho	56, Fem.	Natural/esperada	Lupus	3
9. Fem., 22	filha	50, Mas.	Acidental/inesperada	AVC	12
10. Fem., 27	esposa	32, Mas.	Suicídio	Tiro de arma de fogo	8
11. Masc., 27	irmão	22, Mas.	Suicídio	Salto de lugar alto	9
12. Masc., 23	irmão	26, Mas.	Suicídio	Enforcamento	5
13. Fem., 59	mãe	26, Mas.	Suicídio	Enforcamento	5

Entre os participantes, um relatou a perda de outro familiar, que também havia falecido. As mortes relatadas por este participante (8) pertencem a diferentes

grupos de modos de morte. Este relato é rico porque este participante fez um paralelo entre as perdas sofridas e estabeleceu diferenças nas reações que ele apresentou. Ele associou a diferença nas reações à diferença do modo de morte que ocasionou a perda de seus familiares.

Ocorreram duas desistências. Um participante começou a responder às perguntas e não conseguiu terminar, pedindo para parar. Um outro participante recusou-se a participar após ter concordado em participar. Estes dois enlutados perderam seus entes queridos por suicídio. Um deles relatou que ainda sentia essa dor muito presente no seu dia-a-dia e que ainda não conseguia falar sobre essa perda.

II - Contextualizando a História de cada Caso

Para melhor compreensão das reações de luto, aqui serão contextualizadas as histórias de cada participante, circunstâncias de cada morte, especificidades da relação entre enlutado e falecido antes da morte e alguns outros dados que ajudem no entendimento das reações apresentadas. Os casos serão apresentados divididos em agrupamentos por modos de morte. A apresentação dos casos em detalhes e da experiência de cada participante atende ao delineamento deste estudo, que propõe a visualização das reações de luto em cada caso, tentando obter uma leitura de detalhes que são importantes na experiência de cada participante enlutado. A contextualização de cada caso visa auxiliar a compreensão das reações, quando apresentadas adiante em forma de categorias.

1- MORTES NATURAIS/ESPERADAS

Os casos aqui apresentados referem-se à experiência de perda dos participantes 1, 2, 3, 4, 5 e 6. Dois dos participantes enlutados por mortes naturais esperadas apresentaram peculiaridades em suas histórias de vida, diferentes dos demais participantes, que podem ter influenciado em algumas de suas reações de luto que diferiram dos demais participantes desse grupo: o participante 2 apresentava uma relação muito difícil e conflituosa com seu pai antes do falecimento deste e a participante 6 relatou que já estava deprimida e passando por sérios problemas familiares quando sua tia-avó faleceu. Essas especificidades e possíveis influências serão discutidas adiante.

- Participante 1: ***“Papai morreu vivendo!”***

A participante tem 70 anos de idade, sexo feminino, escolaridade de nível superior. O pai dela faleceu aos 96 anos de idade, devido a uma parada cardíaca. Dois pontos importantes caracterizavam essa morte como natural/esperada: ele já usava um marcapasso há alguns anos, caracterizando então um histórico de problemas cardíacos, além da idade avançada.

O pai é descrito por ela como uma pessoa que viveu a vida de forma plena, sempre buscando estar bem, satisfeito em cada coisa que ele fazia. No dia da morte dele, ele pediu um almoço com tudo o que ele gostava, abriu uma garrafa de vinho que ele apreciava e depois foi a um local na cidade dele, dar um passeio e comer uma iguaria que ele gostava muito, mesmo sendo proibida pelo médico dele, devido ao alto teor de gordura (incompatível com os problemas de saúde dele). Mesmo assim, comeu a iguaria que tanto gostava e lá mesmo ele teve a parada cardíaca. A participante relata que ele morreu como viveu: “Vivendo! Fazendo o que gostava, o

que achava ser bom para ele!”. Ela ressaltou a beleza que via na forma como o pai dela morreu: “Ele não ficou doente, foi de repente. Ele abraçou a pessoa que estava acompanhando-o naquele passeio, deu um beijo no rosto dela e disse que estava indo!”

A relação entre a enlutada e o falecido foi descrita por ela como muito amável e próxima. Apesar de residirem em cidades distantes, eles falavam-se por telefone com muita frequência, como forma de manterem o contato.

Ela relata que a única perda significativa que havia tido antes foi a mãe (que ela perdeu quando tinha sete anos de idade) e um dos irmãos (pouco antes da morte do pai). Da morte da mãe, uma de suas raras lembranças sobre o fato: “Era um 25 de julho, meu pai chegou e me contou que minha mãe havia morrido. Ela tinha câncer há anos. Eu era a mais velha dos cinco filhos. Me colocaram um vestido novo, sapato, chapéu,... me colocaram toda linda para o enterro da minha mãe. Me fizeram dar um beijo na testa dela e até hoje eu odeio beijo na testa”. Muitos anos depois, essa perda foi revivida de alguma forma com a morte do pai: “Eu não queria ver o corpo do meu pai de jeito nenhum! Quando pensava nisso, me voltava toda a estória do enterro da mamãe! Parecia ontem,... uma criancinha de sete anos de idade, vendo a mãe deitada ali, sem entender nada... eu não queria aquilo de novo, não era assim que eu queria me lembrar do meu pai”. Ela havia passado algumas semanas com ele na casa dele e era aquela lembrança que ela queria guardar. Então ela decidiu não ir para o enterro do pai, preferindo ficar com a lembrança dele como era quando estava vivo.

Reflexões sobre o caso

A participante apresentou poucas reações somáticas, somente tontura e desmaio na primeira semana de luto. Algumas reações, que ela mesma as associou à perda do

pai, são sintomas de ansiedade (sudorese excessiva, sensação de falta de ar e sensação de morte), cujo episódio mais forte aconteceu no dia anterior à missa de 7º dia de falecimento dele. Naquele dia, ela relata ter percebido que esse mal-estar era relacionado à perda dele.

Talvez a idade avançada do pai, o problema cardíaco que ele sofria e a relação amorosa e suportiva entre eles, tenha influência no não comparecimento de algumas reações (Ex.: o entorpecimento e a irritação).

A falta dos telefonemas do pai nos dias que se seguiram à sua morte foi um precipitador da sensação de abandono que ela sentiu. Eles falavam-se ao telefone com frequência. Contou que o silêncio da campainha do telefone a fazia lembrar que o pai não estava mais vivo para ligar para ela. Teve uma sensação de enorme abandono.

Relatou que gosta muito quando tem a oportunidade de contar sobre a morte do pai, por ter sido uma morte bonita, na opinião dela. Gosta também de contar as estórias envolvendo o pai.

- Participante 2: ***“Será que eu não sinto a morte dele, ou não quero sentir a morte dele?”***

Participante do sexo masculino, 40 anos de idade, nível educacional superior. Perdeu o pai de 60 anos, por tuberculose. O pai vinha sendo internado para tratar a tuberculose há mais de um ano. Mesmo durante o tratamento, ele não deixou de beber, como fez a maior parte de sua vida. Ao falecer, estava internado num hospital. Os médicos já haviam alertado que não havia mais o que fazer por ele. A morte dele já havia sido anunciada.

O pai, durante a infância do enlutado, foi descrito por este como uma pessoa muito amorosa com os filhos e esposa. Viviam em condições financeiras muito difíceis. O pai começou a beber e a relação com os filhos transformou-se em distante e fria. Passou a espancar a esposa e um dia deixou a família, levando de casa até a mobília. Naquela época, o participante estava na adolescência. Então a mãe optou por vir com os filhos para Brasília e tentar a vida aqui, com ajuda de sua mãe para criar os filhos. Aqui os filhos cresceram sem contato com o pai. O pai continuou na cidade de origem, bebendo muito. Com o passar dos anos, adoeceu e contraiu tuberculose. Foi trazido para Brasília para o tratamento, pelos filhos e ex-mulher. A mãe do enlutado, apesar de separada dele, ajudou a cuidar dele até o último dia, assim como os filhos, com exceção do participante deste estudo, que já era adulto. Ele pontua que o pai ficou ausente durante todo esse tempo e não fez questão de se re-aproximar dos filhos. Então agora não havia nada entre eles: “Eu nem o chamava mais de pai. Eu falava: você abandonou a gente, não gosta da gente, então eu também não gosto de você”. O enlutado relata que nas várias internações do pai, nunca foi visitá-lo, porque seria falso de sua parte ir visitar alguém de quem não se gosta. Entretanto, colaborou financeiramente para todo o tratamento do pai.

O enlutado relata sentimentos, pensamentos e até reações corporais contrárias a essa postura em relação a seu pai. Ele cita que no primeiro dia das mães após a morte dele, toda a família estava reunida e ninguém tocou no nome dele. Ele se sentiu chateado: “Aquilo [não lembrarem dele num momento alegre da família] me doeu muito”. Nos momentos em que se lembra do pai, ele relata sentir assim: “é uma dor como se meu coração doesse. Como se alguma coisa dentro de mim me incomodasse muito, lá no fundo. Eu não sei se é por ele ter morrido ou se é um pouco de culpa por não sentir a perda dele”.

O caráter conflituoso da relação entre eles contrasta com a admiração pelo pai. Até o início de sua adolescência, o pai era presente, cuidadoso e orientava os filhos de forma enérgica. Nessa época, relatou, admirava-o. Ele demonstrou o amor pelo pai no seguinte exemplo: “Ele adorava carne de sol com ovo. Todas as vezes que minha mãe faz carne de sol com ovo, lembro dele. Me vem a imagem dele quando eu era criança, quando ele fazia aquele mexido de carne e ovo e dava na boca da gente às colheradas. Eu achava aquilo muito lindo nele! Era uma demonstração de amor para nós [dar uma colherada de comida do próprio prato a cada um dos filhos]. Palavrão, ele não falava perto da gente de jeito nenhum!”

O problema foi desencadeado no início de sua adolescência, por volta dos 13 ou 14 anos, quando o pai voltou a beber muito e as relações familiares modificaram-se. No dia da morte do pai esses dois sentimentos ambivalentes aparecem: “No dia em que ele morreu, eu fui ao cinema e depois saí com meus amigos para um barzinho. Embora eu não beba, naquele dia eu bebi muito. Detesto cerveja e naquele dia, me lembro muito bem, eu bebi muita cerveja.”

Ele sempre evita tocar no assunto da morte do pai, principalmente com os irmãos. Mas conta que quando perguntam sobre o pai dele, ele fala como se ele estivesse vivo. “Aí a pessoa pergunta: ele mora com você? E eu respondo: ‘não, ele já morreu!’”. Contou que nessas ocasiões, ele fala sobre o lado bom dele: “nunca falo do péssimo pai que ele foi a partir do momento que ele começou a beber e tornou-se mau para nós. Sempre conto da época em que ele era bom para nós, quando foi bom pai”.

O participante relatou um acontecimento, considerado por ele importante, na vida do pai dele: o avô paterno matou-se quando o pai tinha 10 anos de idade. Relata que o pai não gostava de tocar nesse assunto (o suicídio do pai dele, avô do participante).

O participante acha que o pai culpava o avô por ter morrido e ter sido deixado sem pai ainda criança. “Acho que ele tentou ser para nós o pai que ele não teve”. Ele considera a possibilidade do suicídio do avô, um acontecimento muito difícil para o pai quando tinha 10 anos de idade, ter originado problemas na vida adulta do pai (alcoolismo, por exemplo).

Reflexões sobre o caso

O participante não relata saudades ou remorso por não ter estado mais próximo do pai no final da vida deste. Entretanto, a ocorrência de reações somáticas é mais numerosa e estas duram mais tempo se comparadas às reações somáticas dos outros participantes do mesmo modo de morte que participaram deste estudo (ver a Tabela 2). Ao término da entrevista, ele pontuou que se via surpreso por apresentar algumas reações que estão associadas ao pai (aquela dor no peito relatada por ele quando se lembra do pai, ou o incômodo e sensação de ingratidão pela família não citar o pai em uma reunião de família). Como ele nunca conversara com alguém sobre isso após a morte do pai, atestou que ao submeter-se à entrevista, teve sinais de que ao contrário do que ele pensava, ele sente sim a morte do pai.

Outra reação apontada por ele durante a entrevista foi a raiva pelo pai não ter se cuidado: “ele era teimoso. Se não bebesse tanto e se cuidasse mais, poderia estar vivo por muitos anos ainda”. Ele ponderou que a raiva sentida por ele, poderia ser outro sinal que ele sente a falta do pai.

- Participante 3: ***“Tudo começa, tem um meio, um desenvolvimento e termina. É assim uma música, um encontro, uma relação, a vida!”***

A participante é do sexo feminino, 28 anos de idade, nível superior de escolaridade. Perdeu a avó paterna, de 89 anos, com quem tinha uma relação muito

estreita na infância. A avó, debilitada pela idade e com dificuldades para locomover-se, faleceu por falência múltipla de órgãos. Faleceu em um hospital, onde estava internada. Como residiam em cidades diferentes, todos os anos ela ia passar as férias na casa desta avó, quando era criança: “eu passava o mês inteiro de férias com ela. Era muito bom!”. Após os pais se separarem quando ela ainda era criança, os encontros com a avó foram tornando-se raros. As lembranças e sentimentos dela em relação à avó estão vinculados àquela época. Ela se ressentiu por não ter mantido o contato com a avó após tornar-se adulta: “não tive a oportunidade de conhecê-la enquanto adulta, numa fase mais madura da minha vida, sabe? Sinto como se eu tivesse perdido parte da história da minha família e agora não tenho mais como recuperar”.

Ao receber a notícia da morte da avó, decidiu não ir ao enterro, devido ao trabalho. Ao mencionar sua ausência no enterro da avó, recordou que quando faleceu a tia-avó (há muitos anos atrás), foi levada ao enterro pelos pais. Alegou que aquela imagem a incomoda até hoje e essa lembrança acabou influenciando na decisão de não ir ao enterro da avó: “Eu tinha 10 anos de idade quando ela morreu e ainda hoje, toda vez que eu vou a lugares assim [velórios] choro por ela”.

A família dela mostra-se muito esfacelada, geográfica e afetivamente. Ela alega que o suporte familiar foi ineficiente, já que não mantém contato estreito com sua família. Diz que na época, gostaria de ter chorado mais, gostaria de ter conversado mais sobre a perda da avó, mas não houve como fazê-lo.

Ela teve uma tia (filha desta avó) que também já faleceu. Com essa tia ela tinha uma relação muito boa: “ela foi uma tia perfeita!”. Ela brincava com essa tia todas as vezes que ia para a casa da avó. Essa tia era diagnosticada com transtorno bipolar e nunca se casou. Ela teve um namorado na adolescência, que se matou durante o

namoro. Anos mais tarde ela também se matou. A participante relata que na época da morte dela (da tia), sentiu-se culpada e culpou o pai também: “eu achava que meu pai devia ter feito algo pela irmã dele!”. Na última viagem à casa da avó, em que a tia ainda estava viva, contou que ao despedir-se dela antes de voltar para casa, a tia abraçou-a e despediu-se de forma diferente: “foi um abraço mais apertado do que o de costume. Mais tarde entendi que ela estava se despedindo e que ela havia anunciado a própria morte.”

Essas diferentes perdas possibilitaram-na diferenciar suas reações nas diferentes ocasiões. Relatou que a morte da avó nunca foi omitida por ela como aconteceu com a morte desta tia. Disse que na época do suicídio da tia, ela teve muita dificuldade em falar sobre a morte dela. Associou seu comportamento de omitir a morte dela ao modo como ela morreu: “suicídio não é algo aceito”. Destaca que a perda da tia foi muito mais difícil do que a perda da avó. “Nem se compara! A gente fica assim: ‘mas por quê?’ Não é natural, não é!”.

Em relação à última perda, da avó, ela relata que o que mais a ajudou foi a idéia de continuidade da família. Ela conviveu com a avó, com a tia e agora se vê como uma “folhinha da árvore genealógica da família, que agora se tornou um galho. Tenho a responsabilidade de construir (a história da família), é a ordem natural da vida”. Relata que essa idéia é uma forma de vencer a morte. “Tudo tem começo, tem um meio, um desenvolvimento e aí termina. É assim uma música, um encontro, uma relação, a vida... tudo começa e termina. Ela [a avó] foi parte disso!”.

Reflexões sobre o caso

As reações do luto apresentadas por essa participante parecem semelhantes na forma, nos sintomas e no tempo de duração às reações dos outros participantes enlutados por mortes naturais/esperadas. Ela apontou a distância geográfica e

conflitos familiares (relações familiares distantes) como uma deficiência no apoio por parte da rede social dela. Relatou que o contato dela com pai e mãe ficou ainda mais distante após a separação conjugal dos dois, já que logo depois, ela foi morar sozinha. No relato, somente a avó e a tia foram apontadas por ela como pessoas da família com quem ela tinha uma relação satisfatória, o que pode ser a origem do arrependimento expresso por ela quando pensa que poderia ter estado mais próxima da avó.

Em relação à morte da avó e a morte da tia, ela expressou a diferença dos sentimentos dela, relacionando-os ao modo de morte. Não apresenta nenhuma dificuldade ao falar sobre a morte da avó. Já em relação à morte da tia, ela relatou culpa (projetada no pai) e omissão do modo de morte (disse que até contava que tivera uma tia, da qual gostava muito, mas nunca contava às pessoas que se matar). Devido ao tempo transcorrido desde a morte da tia, ela alega não se lembrar se apresentou outras diferenças em seus sentimentos ao comparar essas duas mortes.

Das reações somáticas, ela não apresentou nenhuma das que a entrevista investiga (ver a Tabela 2), mas apontou o surgimento de sintomas de uma doença hereditária nas pernas (sistema circulatório) após o falecimento da avó. Ela diz que já sabia da possibilidade de também apresentar essa doença, já que muitos dos membros na família paterna apresentam-na. Entretanto, alegou que antes da morte da avó nunca havia sentido os sintomas de tal doença.

- Participante 4: ***“No momento em que ele faleceu, eu estava com ele... eu sempre fiquei do lado em tudo”.***

A participante tem 46 anos de idade, sexo feminino, com escolaridade de nível superior. Perdeu o marido de 43 anos de idade. Ele faleceu devido à leucemia,

além da presença de um vírus, que causa uma doença neurológica. Assim, ele não andava e ficou totalmente dependente dos cuidados dela. Ele começou a sentir dores nas costas, com uma semana já estava andando de bengala e passados quinze dias, ele já não andava.

Foram seis meses entre o momento que ela tomou conhecimento da doença até a morte dele. Ela tirou licença no trabalho para dedicar cuidados a ele. O acompanhamento nas internações no hospital, banhos e alimentação couberam a ela. Ela alega que esse contato tão intenso (“eu fiquei seis meses por conta dele... estava com ele durante todo o tempo”) influenciou na sensação de enorme vazio que ela sentiu após a morte dele. Disse que a rotina dela era junto dele o dia todo e quando ele morreu, a ausência dele foi terrível para ela.

Foram casados por 19 anos e a relação entre eles era muito boa, segundo ela. Enquanto casal foram descritos por ela como “companheiros” durante o tempo em que viveram juntos. Essa foi a motivação dela para estar ao lado dele, no leito de morte no hospital, na noite em que ele morreu. Os médicos já haviam avisado que a morte dele estava muito próxima. Então ela pediu para estar ao lado dele, mesmo ele já estando inconsciente, pois ele havia entrado em estado de coma 5 dias antes.

Ele sabia que tinha leucemia, mas não sabia da presença do vírus, nem da letalidade do tipo da leucemia que o havia acometido. Quando o médico olhou os exames dele e explicou a ela a doença, sua letalidade e o tempo de vida que ele ainda tinha (não mais que seis meses), ela optou por não contar a ele, aos filhos, aos pais dele, a ninguém. Sua escolha baseou-se na esperança que ele tinha de curar-se da doença. Ela achava que se ele soubesse, o resto de vida que ele ainda tinha teria sido ainda mais penosa para ele. Ele acreditava que ficaria curado da leucemia e que voltaria a andar: “O objetivo da vida dele era voltar a andar. Por isso eu decidi não

contar a ele... porque eu acabaria com o objetivo de vida dele”. Os filhos do casal foram preparados aos poucos para receber informações sobre a letalidade da doença do pai.

Devido à escolha de não contar a ninguém sobre a letalidade da doença dele, ela sofreu sozinha. Depois que os filhos do casal, os pais dele e o restante da família tomaram conhecimento sobre os riscos da doença, ela colocou-se como suporte para todos: “eu me controlei muito por causa da minha sogra, para dar apoio a ela... eu não tive como chorar a morte dele. Era também para proteger meus filhos. Era aquela coisa... eu protegia todo mundo e não me protegia”.

Nessa família aconteceu uma dinâmica interessante quanto aos papéis desempenhados pelos membros: a filha mais velha do casal começou a assumir o papel de pai em relação à educação dos irmãos mais novos. A participante relatou sua preocupação em educar os filhos sozinha, mas mesmo assim, percebeu a mudança da filha em relação aos outros filhos e pontuou a ela que esse papel não lhe cabia: “afinal, ela é só irmã deles e é isso que eu espero dela”.

A participante fez um relato emocionado sobre o sofrimento do marido influenciar em sua aceitação da morte dele: “Nos últimos dias eu rezei para que ele morresse. Eu não queria mais vê-lo sofrendo daquele jeito. Ele sentia tanta dor, antes de entrar em coma, que não podia nem encostar nele! Antes de entrar em coma, ele tinha baixas de pressão [sanguínea] e quando voltava, arregalava os olhos para mim, como que perguntando o que estava acontecendo. Depois desse momento, eu falei para ele se libertar. Falei que queria que ele fosse embora, porque era muito triste vê-lo naquele sofrimento! Por isso, o momento da morte dele foi um alívio para mim!”. Ela relata também que a morte do marido a leva a pensar que hoje ela está mais

preparada para uma perda assim: “hoje em dia estou mais preparada para uma perda dessas, por morte”.

Reflexões sobre o caso

A participante apresentou uma diferença, apontada por ela mesma, como motivo de sua sensação de vazio - que durou mais que no caso dos demais participantes enlutados por mortes naturais/esperadas- (ver a Tabela 3): ela estava acompanhando o marido durante todo o tempo nos últimos seis meses de vida dele.

Ela relatou a reação de alívio intenso, tanto para ela, como para ele. Disse que o fato de vê-lo sofrendo tantas dores e definhando a cada dia, deixou-a aliviada quando ele morreu. Apontou o alívio como um sentimento que facilitou a aceitação da morte dele.

Como apoio, ela apontou de forma muito incisiva a fé religiosa dela (fonte de suporte não avaliada neste estudo), além do apoio de sua família. Das reações somáticas averiguadas na entrevista, ela apresentou somente aquelas referentes aos sintomas cardíacos. Entretanto relatou uma reação sintomática diferente daquelas avaliadas na entrevista: alega ter tido aumento de pressão sanguínea após a morte do marido.

- Participante 5: ***“Minha tia-avó foi um oásis de carinho, afeto, suporte, validação, de estar me reforçando o tempo todo”.***

Participante de 40 anos de idade, sexo feminino, curso superior incompleto. Perdeu a tia-avó de 98 anos de idade, por falência múltipla de órgãos. A participante esclarece que a chamava de avó, mas na verdade era uma tia-avó. Ela relata que o fato da tia-avó estar em idade tão avançada quando faleceu, dava a impressão às pessoas que ela não deveria estar sofrendo: “As pessoas quantificam seu sofrimento,

colocam rótulos no seu sentimento. Minimizaram a minha perda só porque ela era tia-avó”. O laço afetivo entre elas era forte: ela foi deixada aos cuidados dessa tia-avó quando tinha 5 dias de nascida: “Foi ela quem me ensinou andar; vivi oito anos com ela, dormindo no mesmo quarto. Foi ela quem me criou, ela foi minha figura materna”.

Na época da morte desta tia-avó, ela estava passando por um problema familiar difícil. Já estava num quadro depressivo, que se agravou com a perda da avó. Outro fator que pode ter influenciado na dificuldade de vivenciar essa perda foi o fato de que ela tivera antes outra perda significativa: a mãe faleceu quando ela tinha 14 anos de idade, devido a um câncer. Ela relata que quando a mãe morreu no hospital, optou por não ligar de madrugada para a família da mãe, nem para os avós paternos, que estavam doentes. Ela passou a noite na capela do hospital, sozinha, aguardando o dia amanhecer. Funcionários do hospital levaram gibis, um lanche e chamaram a funerária.

A participante havia sido avisada que o estado de saúde da tia-avó era delicado. Por isso ela havia ido visitá-la 15 dias antes de sua morte. Disse que conversaram muito e ela disse à tia-avó o quanto era grata a esta por sua dedicação e amor.

Reflexões sobre o caso:

O fato de já estar sofrendo uma depressão e passando por problemas familiares quando a tia-avó faleceu pode ter tornado-a mais vulnerável a essa perda, conforme ela mesma observou. Entretanto, ela apresentou somente a irritação por mais tempo que os outros participantes enlutados pelo mesmo modo de morte (ver Tabela 3).

Essa participante pode fornecer indícios que a qualidade da relação entre enlutado e falecido pode ser melhor determinante do luto do que o grau de parentesco. Ela reclamou da incompreensão das pessoas em relação à dor do enlutado, se o familiar falecido estivesse muito idoso, se já estivesse doente à época da morte e se não fosse um parente direto. A partir da própria experiência, ela ressaltou que as pessoas baseiam-se na idéia de que se sofre menos por um familiar nessas condições. Entretanto, esse caso traz um diferencial importante: essa tia-avó foi quem a criou e serviu de figura materna para ela até os sete anos de idade.

- Participante 6: ***“Ele ganhou como o melhor tio da escola!”***

Participante do sexo feminino, 27 anos de idade, nível de escolaridade superior. O tio faleceu devido a um enfisema pulmonar, aos 61 anos de idade. O tio não se casara nem tivera filhos, dedicando muito de seu tempo e atenção à família de origem, principalmente aos sobrinhos. Ele era muito próximo da participante, sendo referido como seu segundo pai. Quando era criança, esse tio sempre passeava com os sobrinhos, sempre os visitava e trazia presentes para cada um. Parecia ser uma pessoa extremamente hábil com crianças, já que até os colegas dos sobrinhos se afeiçoavam a ele: “Uma vez estavam fazendo uma enquête na escola da minha irmã. Ele ganhou como o melhor tio da escola!” Os sobrinhos foram crescendo e tornaram-se adultos, mas a relação entre eles e o tio continuava muito próxima. Costumavam visitá-lo aos fins-de-semana e as reuniões de família aconteciam com frequência na casa dele.

O tio estava com pneumonia, tinha problemas cardíacos, mas não seguia as orientações médicas nem o tratamento prescrito. Mesmo tendo esse problema de saúde, ele fazia mergulhos e dizia: “Eu prefiro viver dez anos a menos, mas fumando e comendo o que gosto, do que viver muito, mas sem fazer o que gosto”. Após a

morte dele, ficaram sabendo que ele havia ido ao médico e este quis interná-lo. Ele recusou-se porque aconteceria naqueles dias uma festa de família na casa dele. Esta internação aconteceu no dia seguinte à festa. Foi internado, ficou na UTI, vindo a falecer um mês depois. Os procedimentos médicos foram um castigo para ele (entubaram-no e depois fizeram a traqueostomia). O pulmão dele parou de funcionar e ainda teve parada cardíaca.

A participante declarou que entende e respeita a vontade dele de não se privar de nada que ele gostava, entretanto com esse comportamento a doença se agravou e ele teve sua vida abreviada. Relatou que sente um pouco de raiva porque ele não se cuidava e “poderia estar conosco até hoje”.

Ela disse que algumas vezes esqueceu que o tio havia falecido. Quando se lembrava que ele havia morrido, “era horrível porque parece que você perdeu de novo!”. Citou que era difícil recorrer à mãe e aos tios para falar sobre o tio, sobre a saudade e a tristeza porque “parece que você vai machucar o outro ao provocar a lembrança da perda”.

Reflexões sobre o caso:

A participante apresentou somente uma reação por mais tempo que os outros enlutados por mortes naturais/esperadas: esquecer que o familiar faleceu (ver Tabela 3). Das reações somáticas averiguadas pela entrevista, não apresentou nenhuma.

2- MORTES INESPERADAS/ACIDENTAIS

Os casos aqui apresentados referem-se à experiência de perda dos participantes 7, 8 e 9. O participante 8 relatou mais de uma perda, relacionando algumas diferenças em suas reações ao compará-las.

Ao comparar os casos dos participantes enlutados por este modo de morte com o modo anterior, já é possível constatar algumas diferenças na experiência destas pessoas. Uma dessas diferenças recai sobre o tempo de duração das reações somáticas e reações gerais do luto, que aqui duram mais tempo. Ainda em comparação ao modo de morte anterior, esses participantes pareceram ter apresentado um pouco mais de dificuldade para lidar com a ausência do ente querido após a morte.

A sensação de alívio relatada por esses participantes parece mais relacionada ao descanso do familiar falecido, se este tivesse sobrevivido a um acidente, ou enfarto e viesse a apresentar seqüelas ou ter a vida muito alterada pelo evento causador da morte.

- Participante 7: ***“Eu nunca mais vou ouvir a risada dele, nunca mais vou vê-lo, nunca mais vou sentir o beijo dele. O nunca é muito forte”.***

Participante do sexo feminino, 31 anos de idade, nível de escolaridade superior. Perdeu o marido num acidente automobilístico, após nove anos de relacionamento, sendo três destes, casados. Não tinham filhos, apesar de ela ter engravidado e ter tido um aborto espontâneo poucos meses antes da morte dele. Quando ele morreu, estavam fazendo uma nova tentativa de gravidez. Eram muito companheiros, estavam sempre juntos, tinham projetos juntos e gostavam de várias coisas em comum, o que é relatado por ela como sinal de grande afinidade entre eles.

Além do bom relacionamento com o marido, o mesmo acontece em relação à família de origem dela. Essa boa relação com a família foi muito importante para ela durante esse período de sofrimento dela pela perda dele. A relação dela com a família do marido também era muito próxima, mas foi afetada após a morte dele porque os

pais dele lembravam-se dele quando a viam. Ela e o marido estavam sempre juntos, então a imagem de um estava associada à imagem do outro. Assim, a ausência dele ficava evidente para os pais dele quando a viam.

O acidente dele foi muito grave. Ele foi levado para o hospital, entrou imediatamente para uma cirurgia, durante a qual ele não resistiu e faleceu. Ela foi avisada do acidente por um policial e só foi tomar conhecimento da real gravidade do estado dele ao chegar ao hospital. Como os pais dele estavam viajando, ela ligou e os avisou sobre o acidente e a cirurgia. A mãe dele ligou para ela de dentro do avião, quando recebeu a notícia que ele acabara de falecer.

Ela cita que durante alguns meses sonhava que saía pelas ruas, procurando por ele. Quando acordava, estava chorando copiosamente, e só então percebia que sua busca por ele não tinha sucesso porque não havia como encontrá-lo: “ele está morto”. Esse mesmo sonho se repetiu várias vezes.

Ela relata que após a morte dele, atirou-se no trabalho, chegando à casa somente na hora de dormir. Expressa que a chegada em casa era um momento muito difícil, pois ele não estava lá esperando por ela. Disse que teve a sensação de entorpecimento por mais ou menos seis meses, experimentando diferentes graus de entorpecimento, que passou aos poucos. Sentiu a sensação de vazio em momentos do dia-a-dia, em que a ausência do marido tornava-se evidente: “A sensação de vazio batia forte na hora de dormir. A gente dormia um encostando o pé no outro, o braço ou a mão. Quando eu ia dormir, essa falta era imensa”. Para lidar com sensação de vazio, mudou sua rotina: se antes almoçava em casa, passou a não fazê-lo e coisas que faziam juntos, ela passou a evitar. Diz que no seu caso, a perda estava muito relacionada com os sonhos e planos que eles tinham em conjunto. É como se ao perder o companheiro de planos e sonhos, tivesse perdido o “próprio norte e a gente

se pergunta sobre o que pode ter ficado. E aí você precisa buscar tudo de novo, resignificar tudo porque por um momento, tudo deixa de fazer sentido na sua vida”.

Relata que a morte do marido a deixou mais vulnerável a outras perdas, durante o luto. Três meses após a morte do marido, o cão deles também morreu e ela observou-se mal novamente: “é como se tudo que eu tinha já vivido com a morte dele voltasse... essa coisa da perda, da dor”. Por outro lado, aponta que essa perda vai ajudá-la a suportar perdas futuras de forma mais tranqüila. Acha que a morte do marido a deixou mais preparada, por exemplo, para suportar a perda dos pais dela.

Ela aponta sua fé e a família como as principais fontes de suporte durante o luto. A família (pais e irmãos), por ter estado ao seu lado todas as vezes que ela os procurou, e por oferecer apoio na forma que ela precisava (“às vezes eu não queria falar nada, só queria chorar e estar junto a minha mãe”). Sua fé e religião deram conforto a ela por acreditar que se ele havia morrido naquele momento, era a escolha de Deus e não havia nada que pudesse mudar isso. Pensar que o marido viveu intensamente cada coisa que ele fazia, também é confortante para ela.

O marido é ainda muito presente na vida dela, mesmo após ter começado a namorar um outro homem. Ela refere-se ao marido falecido como “meu marido” e diz não saber como se referir a ele: “não vou dizer ex-marido, porque não nos separamos, mas também não sei como me referir a ele”. Conta que um dia desses estava em um local com o atual namorado e uns amigos dele e contou algo sobre o marido falecido e citou-o como “meu marido”. Diz que foi muito estranho e constrangedor para todos eles.

Relata também a dificuldade que as pessoas têm de aceitar que a viúva tenha um novo relacionamento: “Dizem pra você que você tem de seguir com a vida em frente, mas é como se eu tivesse que viver cultuando ele. Quando comecei a namorar,

começaram os comentários maldosos sobre como pude esquecê-lo, ou que eu estava traindo-o... é como se eu estivesse agredindo a imagem dele”. Disse que havia esquecido como é bom sorrir e sentir-se feliz. O namorado ajudou-a a sentir isso de novo, mas essa felicidade parece incomodar algumas pessoas, relatou ela.

Reflexões sobre o caso

A participante relatou que estava constantemente adoecendo após a morte dele e associou essa queda da proteção imunológica à perda do marido. Alegou que começou a ter gripes e infecções de garganta a partir da morte dele e isso perdurou por dois meses. Ela apresentou outra reação somática, não citada na entrevista, que ela associou ao período de luto: seborréia capilar, que alegou nunca ter tido antes.

Ela relatou uma reação geral do luto, que os participantes enlutados pelo modo de morte anterior não relataram, talvez devido ao caráter súbito dos acontecimentos que levaram-no à morte: não acreditar que tudo aquilo havia acontecido de verdade (o acidente, a morte e a ausência dele). Ela relatou a sensação de entorpecimento, como algo que acomete o enlutado em diferentes graus, que vai diminuindo a intensidade aos poucos, à medida que o tempo vai passando.

Apresentou sintomas depressivos (Reações gerais do luto), tais como insônia terminal (acordava todos os dias de madrugada e não dormia mais), perdeu peso e alegou que chorou muito por três meses. A sensação de alívio relatada por ela, está associada a possíveis seqüelas, que ele com certeza teria se tivesse sobrevivido.

O constrangimento das pessoas ao dar os pêsames também foi relatado por ela, mas disse que entendia que isso vem da dificuldade que as pessoas têm frente à morte. Disse que quando percebe alguém constrangido ao falar com ela sobre a morte dele ou sobre ele, ela até procura deixar a pessoa ciente de que ela não se incomoda com o assunto e tenta deixar a pessoa mais à vontade.

- Participante 8: *“A grande lição da minha vida foi ver a minha mãe naquela condição”*

Participante do sexo masculino, 23 anos de idade, nível médio de escolaridade. Este participante apresenta uma peculiaridade: perdeu o pai (aos 69 anos de idade, por morte fulminante devido infarto cardíaco) e faltando um dia para completar um ano de morte do pai, a mãe faleceu (aos 56 anos, por complicações devido ao Lupus). Devido à experiência de perdê-los por modos de morte diferentes, ele estabelece algumas diferenças em suas reações que valem ser salientadas aqui. O participante, que na época da morte do pai contava com quase 22 anos de idade, é o filho mais velho. Após a morte dos pais, a família de origem resumiu-se a ele e à irmã.

Algumas reações de luto, ele não se recorda de forma clara se experimentou após a morte do pai, da mãe, se após as duas mortes, ou se a morte da mãe fortaleceu algumas reações que ele ainda não havia superado em relação ao luto do pai. Entretanto, há reações que ele consegue estabelecer diferenças de forma muito nítida. Por exemplo, em relação à sensação de peito apertado e dores no peito. Ele relata que teve essas sensações quando recebeu a notícia da morte do pai (que foi uma total surpresa), durante o velório, enterro e durou até a retomada da vida e da rotina (cerca de uma semana). Já em relação à mãe, ele teve a referida sensação enquanto a mãe estava doente, internada no hospital.

Ele estabeleceu uma diferença em relação às duas perdas: recusou-se a ver o corpo do pai. O pai havia viajado e estava embarcando de volta para Brasília, onde residia com a família, quando morreu. O participante disse que preferiu não vê-lo dentro de um caixão porque queria guardar na memória a imagem do homem alegre que o pai foi. Entretanto, disse que sente como se “algo tivesse faltado. Como se um

processo natural tivesse sido interrompido e eu demorei mais para me desprender do físico”. Uma possível consequência disso, apontada por ele mesmo, é o fato de ele se esquecer várias vezes que o pai havia falecido. Ele contou que o pai costumava chegar sempre às 18:30hs em casa. Várias vezes, após a morte dele, quando o participante ouvia o barulho do elevador, já se preparava para receber o pai. Só depois de alguns segundos ele lembrava-se que o pai havia morrido. Já em relação à mãe, diz que isso não aconteceu. Quando ela faleceu no hospital, ele foi quase que obrigado a ver o corpo dela ao tomar as providências para a retirada do corpo do hospital. A família dela mora fora de Brasília e ele não quis deixar essa tarefa difícil para a irmã. Sobre essa experiência, ele disse: “A grande lição da minha vida foi ter visto a minha mãe naquela condição [no necrotério do hospital, em uma geladeira para corpos]. Naquele momento eu soube separar o que é corpo físico e sem importância, do que é alma, sentimento, coração. É uma lição que fica para sempre”.

O participante tinha uma relação estreita e de muita admiração pelos pais. Relata que um momento em que sente muita falta deles é quando acontece algo muito bom na vida dele. Quando estavam vivos, era para eles que ele telefonava e contava uma novidade a eles, compartilhando sua alegria. Em relação ao pai, disse ter pego o celular várias vezes para ligar para ele, mas aí lembra que ele não está mais aqui. Quando a mãe ainda estava viva, pensava: “Cara, não tenho mais meu pai! Mas tenho a minha mãe, vou ligar para ela. Eu ainda tinha alguém. E agora, cara? Ligo para quem? Nessa hora dá um vazio enorme de novo”. A relação com a única irmã estreitou-se ainda mais. Tornaram-se ainda mais companheiros um do outro e promoveram a aproximação dos respectivos namorados, para que a união continue.

Sobre os papéis desempenhados pelos pais em relação aos filhos, aconteceu algo interessante: ele passou a buscar em outras pessoas. Uma dessas pessoas é um

grande amigo do pai, que desde a morte dele, os ajuda financeiramente (faz um depósito bancário todos os meses), liga sempre para eles, passam Natal juntos e dá apoio emocional. A outra pessoa é um tio: “Olha, eu diria que encontrei boa parte do meu pai nesses dois. Meu pai está para mim, nessas duas pessoas”. Em uma madrinha dele e em uma grande amiga da mãe, ele busca o carinho que a mãe dispensava a ele: “é quando eu busco um colo de mãe, alguém só para encostar-se ao ombro e chorar”.

Reflexões sobre o caso

O relato desse participante é rico, ao estabelecer diferenças em suas reações nas duas diferentes ocasiões de perda. O fato de não ter visto o corpo do pai, associado ao caráter súbito da morte, pode ter influenciado em reações tais como: esquecer que o pai havia falecido, ter apresentado reações somáticas por mais tempo do que após a morte da mãe, ter vomitado durante e após o velório e ter apresentado gastrite e estomatite. Nenhuma dessas reações ele apresentou após a morte da mãe. Um outro fator que pode ter tornado a perda da mãe um pouco menos difícil para ele, pode estar relacionado ao fato de que ele já tivera uma situação de perda anterior (a morte do pai), e apresentou uma boa resolução do processo de luto.

Há reações que ele aponta ter apresentado nas duas ocasiões: sensação de vazio (que tem até hoje) quando pensa que os dois não estão mais aqui e a sensação de entorpecimento, que teve quando recebeu a notícia da morte até o enterro (porém durou mais após a morte do pai). Sobre o constrangimento das pessoas ao tocar no assunto ou dar os pêsames, ele relata entender essa dificuldade. Disse que nunca teve problema em conversar sobre a morte dos pais e que até gosta de contar a experiência, porque sente que pode contribuir com as pessoas. Há uma diferença também em relação à sensação de alívio, comparando a perda do pai e da mãe. Em

relação ao pai, ele disse se sentir aliviado porque o pai estava trabalhando como nunca trabalhou para sustentar a família, que ele já estava em idade avançada e frustrado com algumas dificuldades profissionais e financeiras, assim, ele não sofreria mais essas dificuldades. Em relação à mãe, ele diz ter pedido a Deus a morte dela porque não queria que ela sofresse mais em uma UTI de hospital, inconsciente, entubada e ainda teria seqüelas se voltasse do estado de coma.

- Participante 9: ***“Eu ficava sem chorar, não conseguia chorar”***

Participante do sexo feminino, 22 anos de idade, nível de escolaridade superior. O pai faleceu aos 50 anos de idade, após um infarto. A participante relatou que durante os primeiros dias após a morte dele, ela esteve muito irritada e se isolou das pessoas. Contou que quando os parentes aproximavam-se e dispunham-se a estar perto dela e cuidar dela, isso a incomodava muito, porque ela queria estar sozinha. Em relação aos amigos, ela reconheceu a companhia deles como apoio.

Relatou que assim que recebeu a notícia da morte do pai, ela não conseguia chorar e hoje acha que isso não é normal. Associou ausência do choro a uma tristeza muito grande e sensação de choque: “Eu ficava sem chorar, sem conseguir chorar. Não era desespero ainda. Era uma tristeza muito grande... não sei nomear. Eu estava meio assim em choque, eu não me sentia muito bem!”.

O pai estava passando por um momento difícil na vida dele, então estava muito chateado e preocupado. No dia em que ele foi levado para o hospital, ele havia reclamado que estava passando mal. Foi nesse dia que ele teve o primeiro infarto. No dia seguinte, teve outro infarto e mais outros nos dias seguintes. No 6º dia de internação ele teve o infarto fulminante, juntamente com um AVC (Acidente Vascular Cerebral), resultando em sua morte.

Ela fala do pai com certa ambivalência. Há admiração pelo pai, já que ele foi militante contra a ditadura no Brasil e foi obrigado a exilar-se por anos, mas havia momentos tensos de conflitos, apesar da proximidade entre eles: “Meu pai ia atrás dos ideais dele, lutava por isso. Eu brigava muito com ele, mas no fundo eu sou muito igual a ele. Era só com ele que eu brigava, mas era para cuidar dele”. Ela disse culpar-se por ter tido uma conversa rude com o pai no dia em que ele foi hospitalizado.

Quando o pai morreu, o irmão mais velho parece ter assumido a função de responsabilidade pela família. Com esse irmão ela já tinha uma relação conflituosa antes da morte, que se intensificou após a morte do pai. Ela disse “Os conflitos com meu irmão se intensificaram, por ele ser meu irmão e por estar no lugar do meu pai...mas na época da morte do meu pai me perguntei com quem eu ia brigar agora, porque eu só brigava com meu pai”.

A família, principalmente o irmão mais velho, tentou protegê-la de alguns fatos e acontecimentos sobre o pai e a situação da família após a morte dele, que adquiriram o *status* de segredo na família. Isso a revoltou: “Eu tinha o direito de saber, fosse o que fosse!”. Por isso, ela se relaciona com a família, principalmente o irmão mais velho, de forma impaciente e conflituosa.

Reflexões sobre o caso

A participante fala muito pouco, respondendo monossilabicamente às perguntas, o que explica um relato mais econômico do caso. Ela apresentou uma negação da morte, assim que recebeu a notícia. Levou um certo tempo para ela compreender, assimilar a idéia que o pai havia falecido. Essa parece ser uma reação comum quando a morte é súbita.

Há a presença da sensação de responsabilidade em relação ao pai. Ela não chega a relatar que sente que tenha contribuído com a morte do pai pela discussão que tiveram antes da morte dele, mas que se pudesse, gostaria de ter discutido menos com ele. A relação familiar pareceu oscilar entre conflituosa e distante. Prova disso é a recusa de apoio se este vinha da família (principalmente da família nuclear), mas era bem-vindo se viesse de amigos.

3- MORTES POR SUICÍDIO

Os casos aqui apresentados referem-se à experiência de perda dos participantes 10, 11, 12 e 13. Os participantes 12 e 13 são familiares do mesmo falecido. Os participantes 11 e 13 relataram que já estavam deprimidos quando seus familiares se suicidaram.

Observando as Tabelas 2 e 3, é possível constatar que estes enlutados apresentaram por mais tempo as reações somáticas e as reações gerais do luto, do que os enlutados apresentados anteriormente. Estes relataram reações que os enlutados anteriores não relataram, que serão apresentadas posteriormente como reações específicas de luto por suicídio (estigmatização, culpa, vergonha, busca por explicação e omissão da morte).

- Participante 10: ***“Ele fez tudo praticamente na minha frente, eu ouvi o tiro, o tombo dele no chão, eu ouvi tudo”***

Participante do sexo feminino, 27 anos de idade, nível médio de escolaridade. O marido, de 32 anos de idade, matou-se com um tiro na cabeça, após vários comunicados que ia se matar. O suicídio ocorreu durante uma discussão entre eles. O casal tem filhos (entre três e nove anos), que desconhecem o modo de morte do pai.

Ela diz não saber como contar isso aos filhos, além do medo do que podem pensar sobre isso e julgá-la. O medo dela é potencializado pelo fato de que o suicídio é fato recorrente na família extensa do marido, sendo um evento transgeracional e que acometeu membros na família paterna e materna. Ela se preocupa com as conseqüências que isso pode ter para os filhos dela. Ela chegou a conhecer um familiar dele que se matou, mas só tomou conhecimento deste número de casos e o tamanho do problema na família dele após a morte dele, ao conversar com os pais dele e outros familiares mais velhos que acompanharam os outros casos de suicídio na família, numa tentativa de entender o que aconteceu com ele.

O próprio falecido já havia feito duas tentativas de suicídio anteriores. Ela diz que a idéia de se matar era recorrente e sempre que ele enfrentava algum problema, a idéia retornava. Ela relatou que esses pensamentos costumavam comparecer a cada sete ou oito meses e nessas ocasiões ele se fechava aos relacionamentos dele e contava a ela que queria morrer. Segundo ela, a depressão severa que o acometia desde a adolescência potencializava esses pensamentos, mas ele recusava o tratamento; durante as crises, ele tornava-se uma pessoa de difícil acesso, mais irritado e ela não sabia como lidar com ele ou ajudá-lo.

O relacionamento entre os dois estava desgastado pelas brigas. Ela diz que eles amavam-se muito: “amava muito ele e sei que ele também me amava, mas ele era muito extremista nas opiniões e atos dele, e eu, muito nervosa e impaciente!”. Ele passou um momento difícil no trabalho há cerca de um ano antes de sua morte, que foi marcante para ela: “ele chorava sem parar, dizia que ia se matar e quando ele tinha esses pensamentos, pegava a arma dele e entrava no banheiro. Naquele dia, eu não sabia mais o que fazer. Então liguei para a mãe dele e pedi ajuda. Ele saiu do banheiro super bravo comigo, desligou o telefone e disse que eu tinha traído a

confiança dele”. Com o tempo, situações semelhantes foram acumulando-se e ela passou a não suportar mais ouvi-lo falar sobre morte e suicídio: “Fui perdendo a paciência com ele. Falava para ele parar de falar sobre morte, que quem quer se matar não avisa, faz sem aviso. Ter falado isso para ele é uma coisa que me deixa arrependida até hoje!”. A cada nova crise, ele mostrava-se mais arredio, afastando-se dela cada vez mais; e, além de não buscar ajuda, ele não permitia que ela o fizesse por ele. Entretanto, ele parecia buscar ajuda nela de alguma forma, pois sempre que estava em crise, comentava com ela que estava com “aquela vontade enorme de morrer”. Esse parecia ser um pedido de socorro dele.

As discussões entre eles tornaram-se constantes e por fim, tiveram uma que culminou com a saída dele de casa. Encontraram-se para conversar sobre a situação deles, mas tiveram outra discussão. Ela diz que nessa discussão ele estava muito perturbado, chorando muito, falando coisas pesadas para ela. Foi quando ele entrou no banheiro, e como ela sabia que quando ele pensava em se matar ele costumava se trancar no banheiro, pela primeira vez ela não ficou do outro lado da porta. Ela conseguiu entrar no banheiro e impedi-lo de pegar a arma. Ele falava que nunca foi bom marido, filho e bom profissional, como se tudo dentro dele estivesse amargo e perdido. Depois de conversarem um pouco, ele havia parado de chorar e já não parecia tão desesperado. Foi nesse momento que ele a empurrou para fora do banheiro e trancou a porta. Ela, enquanto batia na porta e pedia que ele saísse de lá, ouviu o barulho de tiro. Pensou que ele atirara para cima: “ele tinha falado que ia se matar tantas vezes, que eu não acreditei que tivesse feito isso! Quando vi que ele não saía de lá falei que ia chamar a polícia para tirá-lo de lá, com o intuito de ele abrir a porta [como havia feito quando ela ligou para a mãe dele, pedindo ajuda, e ele saiu do banheiro, irritado com ela]. Só nessa hora caí na real, porque ele não teve

nenhuma reação. Quando chegou uma pessoa para me ajudar, que abriu a porta, ele tinha feito! E ele fez tudo praticamente na minha frente, eu ouvi o tiro, o tombo dele no chão, eu ouvi tudo”.

Ela relata a dificuldade que o familiar do suicida tem para viver o luto: o tempo para providenciar o inventário é curto, lidar sozinha com os filhos, despesas e decisões que antes cabiam ao casal, fica tudo a encargo somente do cônjuge que fica. E o mais complicado na opinião dela: ter que lidar com a curiosidade das pessoas acerca dos motivos e circunstâncias do suicídio, lidar com os comentários inconvenientes e julgadores das pessoas. Relata também o esforço que ela faz para os filhos não tomarem conhecimento do modo de morte do pai, evitando contato com algumas pessoas ou que o assunto da morte dele venha à tona na frente deles.

A respeito das reações psicossomáticas do luto, ela identificou os sintomas gástricos como um dos piores. Sentia muito enjôo, azia e, apesar de conseguir se alimentar, vomitava muito. Relatou que emagreceu 5 quilos no primeiro mês após a morte dele. Tinha pesadelos em que ele aparecia para castigá-la. A culpa foi a reação mais forte que ela apresentou. Sentia-se culpada pelas brigas que tiveram, por ter perdido a paciência com ele, por não tê-lo entendido, por não saber como ajudá-lo. Além disso, ele deixou uma mensagem muito pesada para ela com seu ato. Antes de atirar na própria cabeça, ele falou que ela se arrependeria para o resto da vida dela (porque com as brigas, um pensava não ser mais amado pelo outro): “Eu fiz ele sofrer em vida e ele me faz sofrer em morte e isso foi uma vingança, porque na hora de morrer ele falou que eu ia me arrepender”. Sente como se fosse culpada pela morte dele. A culpa é tão grande que ela teme ser culpabilizada pelos filhos, se souberem como o pai se matou. Ela menciona a projeção da culpa direcionada à empresa que ele trabalhava, já que ele teve alguns problemas no trabalho pouco antes

de morrer: “Eu tentei jogar a culpa neles (nos colegas de trabalho, no chefe, na empresa) e acho que é porque ele se matou. Porque só eu preciso ser a culpada?”

Paralelamente à culpa por tudo isso, ela sente muita saudade dele. Conta que nos primeiros meses, quando sentia muita falta dele, ligava para o celular dele para ouvir a voz dele na caixa de mensagens. Expressa uma dificuldade a mais no luto devido ao modo de morte dele: “eu sofro mais pelo fato de ter perdido meu marido da maneira que foi, do que pela falta dele propriamente dita”.

Depois da morte dele, comprou livros e buscou muitas informações na Internet sobre depressão e suicídio. Diz que aprendeu muito e isso a ajudou a entendê-lo melhor e entender porque ele fez isso. Contou que o marido havia sido exposto a vários suicídios: dos familiares e também de um amigo muito próximo dele. Em relação ao suicídio desse amigo, ela contou que ele ficou muito chocado e abalado. Além disso, ele tinha uma relação muito próxima com um primo, cuja ideação suicida é forte e recorrente há anos. O suicídio era tema constante na vida dele e na vida de quem o rodeava.

Relatou o preconceito que as pessoas demonstram frente ao suicídio e ao familiar deste: “as pessoas não te tratam como viúva, mas como viúva de um suicida, como se você fosse diferente porque seu marido se matou”. Ainda há a vergonha que ela sente por isso: “é como se fosse vergonhoso ter uma pessoa que se matou... incomoda muito contar isso para as pessoas, então eu não conto”. Ela expõe a sensação péssima que sente até hoje ao perceber o estigma que o suicida e sua família carregam: “as pessoas até te dão os pêsames, mas com uma cara de piedade como se eu, além dele, também estivesse condenada”.

Ao término da entrevista, a pesquisadora costumava avaliar como o participante estava após relembrar e comentar fatos tão dolorosos. Para finalizar, era

perguntado ao participante como havia se sentido durante a entrevista, como fora tal experiência e era colocado se este gostaria de comentar algo mais ou perguntar algo. Neste caso, a culpa é tão forte, que a pergunta dela foi: “você é cientista nesse assunto... quero te perguntar uma coisa. Você acha que eu tive culpa?”

Reflexões sobre o caso

O vômito e enjôo foram reações somáticas que mais a incomodaram e duraram mais tempo que nos casos anteriores. Ela apresentou todas as reações específicas por suicídio de forma muito intensa, principalmente a culpa. A sensação de culpa é tão difícil para ela que: não conta aos filhos o modo de morte do pai (em parte, motivada pelo medo de ser culpabilizada pelos filhos); tem pesadelos, onde o marido a culpa pela morte dele; projetou parte da culpa no trabalho do marido, como forma de aliviar um pouco essa sensação (“porque só eu preciso ser a culpada?”); e ainda tem a lembrança das últimas palavras dele sobre o arrependimento dela. O reviver o momento do suicídio dele, acontece em forma de *flashes*, em que ela ouve novamente as últimas palavras dele, o barulho do tiro e sente a dor atualizada, que parece alimentar a sensação de culpa. Esse rememorar em forma de flashes o momento ou a cena do suicídio, costuma acometer os enlutados por suicídio que presenciam o ato ou encontram o corpo do suicida.

Ela empreendeu uma busca de explicações para o suicídio dele, de forma sistemática: buscou livros, Internet e outras fontes de informações sobre suicídio e depressão. Esse comportamento também pode ser uma forma de encontrar motivos para o marido ter se matado e assim, tentar apaziguar a própria sensação de culpa.

Ela queixou-se muito, a exemplo da participante 7, sobre o comportamento que as pessoas esperam que uma viúva apresente. Ela citou que não há um modelo claro de conduta para a viúva, por exemplo, não há um tempo pré-fixado e

determinado à reclusão da viúva em casa. Ela disse que com mais ou menos três meses, começou a sair com amigas, que sabiam o que acontecera ao marido e o sofrimento dela e queriam sair com ela de casa em uma tentativa de vê-la menos triste. Mas quando uma pessoa conhecida a encontrava, começavam os comentários maldosos (“mas você já está saindo de casa e se divertindo!?”). Nesse momento, ela se sentia triste de novo e esses comentários a levavam a sentir a culpa novamente. Além de lidar com a viuvez, ela alega que como viúva de um suicida, sentiu-se condenada pelas pessoas, como se houvesse uma maldição.

- Participante 11: ***“Muitas vezes aquela cena volta à minha cabeça [a cena do suicídio]... é uma hiperviolência ver seu irmão fazendo aquilo”***

Participante do sexo masculino, 27 anos de idade, nível superior incompleto de escolaridade. O irmão, de 22 anos de idade, matou-se após ter feito uma tentativa prévia no mesmo dia do suicídio. Ele reconhece que já estava deprimido há algum tempo quando o irmão se matou, o que agravou ainda mais a depressão. Duas semanas após a morte do irmão, ele estava muito deprimido e foi quando os amigos mais próximos alertaram-no que ele precisava de ajuda profissional. Alguns praticamente obrigaram-no a procurar ajuda. Então ele começou um tratamento com um psiquiatra e um psicólogo. Esse resgate feito pelos amigos foi apontado por ele como uma das principais ajudas que ele teve durante aquele período: “Eles me puxaram de volta. Diziam para mim que não iam deixar que eu me isolasse daquele jeito e intensificaram o convívio comigo”.

Reconhece que teve a sensação de entorpecimento e a associa à necessidade de “um certo anestesiamento... é uma fuga da dor”. Contou que o isolamento também teve uma função para ele: “durante uma semana não saí de casa para nada, fiquei sem

contato com absolutamente ninguém. Naquele período, o contato com as pessoas não me fazia falta. Pelo contrário, me isolando, eu evitava o contato com o mundo, me livrava do peso de lidar com aquela realidade [as pessoas comentavam a morte do irmão]. Então era mais fácil para mim me isolar”.

A relação com o irmão e com o pai deles era muito difícil. O irmão contestava-o desde o início da adolescência dele. Eles discutiam muito, divergiam de opiniões e estilos de vida. O falecido usava drogas, estava envolvido com tráfico de drogas e ainda tinha uma passagem pela polícia. O participante, apesar de preocupar-se com o irmão, havia desistido de ajudá-lo. Ao usar drogas e álcool, o falecido ficava muito agressivo com ele. Todos esses conflitos foram deteriorando a relação deles ao longo dos anos e, quando o irmão se matou, eles não se falavam há mais de dois anos.

No dia do suicídio do irmão, este chegou à casa totalmente alterado pelo uso de drogas, sentindo-se perseguido pela polícia, falando frases desconexas, enquanto segurava uma faca. O participante conseguiu conversar com ele e acalmá-lo. Relata que depois de dois anos sem se falar, conversaram por mais de 4 horas seguidas. Ele pediu para que o irmão tomasse um banho, para que fossem a um hospital, onde ele pudesse ser medicado. Deixou claro que iria com ele, então o irmão encaminhou-se ao banheiro para tomar o banho. Foi quando pegou a faca (que ele havia largado durante a conversa deles) e, dentro do box, passou a faca nos pulsos várias vezes. Ele relata que aquela cena até hoje está na cabeça dele, pois ele viu tudo: “Muitas vezes, muitas vezes mesmo aquela cena volta à minha cabeça. Foi muito marcante... é uma hiperviolência ver seu irmão fazendo aquilo. É uma coisa que eu nunca imaginaria ver na minha vida!”.

Relatou que no momento em que socorria o irmão, aquilo tudo parecia não estar acontecendo: “me senti meio desligado daquilo tudo: faca, sangue... acho que essa anestesia foi funcional para aquele momento, porque aquilo ali tinha passado do nível suportável para mim”. Mas ele conseguiu estancar o sangue, pediu ajuda e levaram-no para o hospital, onde ele passou por um procedimento de sutura. Após o procedimento ele foi encaminhado ao quarto do hospital, onde ficaria internado até se recuperar. O participante estava chegando ao quarto dele para visitá-lo, quando percebeu o movimento de enfermeiras entrando e saindo do quarto. Foi quando ficou sabendo que o irmão acabara de pular pela janela.

Os dois primeiros meses foram os mais difíceis. Aponta que teve tanta dificuldade de concentração que não conseguia focar em nada, o que trouxe prejuízos profissional e acadêmico a ele. Ao ser questionado se sentiu desespero, ele confirma que sim, mas que o desespero dele “foi mais introspectivo, foi mais implosivo, fazendo estrago por dentro”.

Relatou que a relação com o pai mudou e hoje eles têm um contato razoável. Quando o irmão era vivo, o pai pedia para que ele ajudasse o irmão caçula, mas ele recusava-se porque já havia tentado antes sem êxito. Após a morte do irmão, ele foi alvo de acusações do pai nesse sentido, como se ele tivesse a culpa pela morte do irmão. Aos poucos o pai deixou de acusá-lo e hoje conseguem se relacionar sem muito conflito.

Assim como aconteceu com a participante 10, após a morte do irmão, ele também descobriu casos anteriores de suicídio na família. A avó confessou a ele, durante o velório do irmão dele, que ela conhecia aquela dor, por ter passado por perda semelhante, mas não tocou mais nesse assunto. Ele relatou: “Essa confissão da minha avó, do suicídio da irmã dela foi uma coisa muito espremida, foi um desabafo

pontual dela para me consolar. Ela me contou que foi ela quem encontrou o corpo da irmã e que foi horrível, mas passou e comigo também ia passar”. Depois disso, ele ficou sabendo que, além dessa tia-avó, um tio-avô e um tio também se mataram. Ele menciona a áurea de segredo sobre esses casos: “São os tabus e silêncios na família, que a gente não fica sabendo, a não ser quando acontece de novo. Aí é aquela coisa, e acaba saindo da boca de alguém essas histórias”. Ele observa que a depressão é um transtorno que acomete vários membros nesta família: ele próprio, um primo, uma prima, uma tia e alguns outros familiares, que acabaram se matando.

Ele pontua a dificuldade das pessoas em tocar no assunto do suicídio. Algumas pessoas não falaram com ele no velório, e ele atribui isso a essa dificuldade que as pessoas têm frente à morte por suicídio. Disse que depois do velório muitas pessoas diziam estar preocupadas com ele, mas não diziam porque estavam preocupadas (se era porque ele perdera o irmão por suicídio ou se porque temiam que ele estivesse em risco de fazer a mesma coisa). Ele relatou: “as pessoas não tocavam no assunto da morte dele. Falavam de maneira bem sutil, vaga mesmo. Falavam que tinha sido uma coisa desagradável, um acontecimento violento, etc”.

Ele disse quase não tocar nesse assunto com as pessoas, mas certo dia, sentiu muita necessidade de conversar com alguém sobre o suicídio do irmão. Então procurou um amigo de infância dele e do irmão para conversar: “Ele ficou vermelho, fugiu do assunto, virou um embaraço para ele e para mim. Essa vontade de conversar especificamente sobre o assunto é rara, eu evito. Parece que enche as pessoas de cuidado para falar com você, para lidar com o fato. Então eu evito tocar no assunto”.

Sobre o sentimento de culpa, ele diz que pensou várias vezes sobre o que ele poderia ter feito para evitar a morte do irmão. Identifica o que ajudou muito a diminuir essa culpa: “Depois de muito tempo sem nos falarmos, a gente teve uma

longa conversa... e quando ele se feriu, era eu quem estava lá junto dele e prestei os primeiros socorros. Ter tido aquela conversa amistosa com ele foi muito bom. Mas durou pouco. Me machucou muito ter conseguido superar tudo depois que ele se feriu [estancar o sangue, chamar Corpo de Bombeiros e salvá-lo] e depois ver isso indo por água abaixo [quando o irmão pulou da janela]... Pelo menos eu tive a oportunidade de conversar com ele. Meu irmão não se matou sem falar comigo. Isso me ajuda”.

O alívio sentido por ele está ligado ao difícil ponto que chegou a vida do irmão: “O jeito que eu o vi em casa naquele dia, me ajudou a entender a decisão dele, justificou o suicídio dele. Ele sentia uma loucura desesperadora”. Mas por outro lado, relata a dificuldade de assumir esse alívio, porque em várias ocasiões em que brigaram, ele desejou que o irmão sumisse, desaparecesse. O alívio está associado a essa culpa. Parece que quanto maior a culpa, mais difícil sentir o alívio ou admiti-lo.

Os pais já sabiam que isso poderia acontecer porque ele (o falecido) comentou várias vezes com a mãe de forma muito vaga, que ele poderia se matar. Com o pai ele havia falado abertamente. Após a morte dele, a namorada dele também tentou suicídio, o que deixou a família do participante preocupada, mas sem muitas condições de ajudá-la (não tinham contato estreito com ela).

Reflexões sobre o caso

O participante viu seu quadro depressivo se agravar severamente após a morte de irmão: isolou-se, perdeu peso, teve comprometida sua vida profissional e acadêmica devido à dificuldade de concentração e pensamento, entre outros sintomas. Ele reconhece que o fato de estar deprimido deixou-o mais vulnerável à morte do irmão.

O relacionamento entre eles era muito difícil, não se falavam há dois anos, mas a conversa que tiveram no dia do suicídio do irmão, parece constituir um importante elemento para amenizar a sensação de culpa. Ele expressa um certo alívio pelo fato do irmão não ter se matado sem antes voltar a falar com ele.

A busca por explicação empreendida pelo participante aconteceu antes do suicídio do irmão e o foco era entender a questão da drogadição. Ao compreender como o irmão se viu envolvido com as drogas e traficantes, ele já sabia do risco de morte, mas imaginava que ele pudesse ser morto por overdose de drogas ou por um traficante, e não que ele pudesse se matar. Buscou entender um pouco a questão do suicídio após a morte.

A estigmatização, vergonha e omissão da morte também aparecem nesse caso. O participante contou que evitava encontrar pessoas que poderiam ainda não saber que o irmão dele se matara. Isso porque ele não queria ter que contar a pessoas conhecidas que o irmão não estava mais vivo (dar a notícia da morte) e ainda ter que contar como foi e que foi por suicídio. O participante demonstra, ao contar que buscou um amigo para falar sobre o suicídio do irmão de forma bem específica, o quanto é difícil para as pessoas ouvirem e conversarem com o enlutado por suicídio sobre tal assunto. Essa dificuldade das pessoas parece promover o silêncio do enlutado, não só sobre o suicídio em si, mas também sobre a morte, a perda, a dor e seus sentimentos sobre o falecido e tal ato, enfim, todos os aspectos adjacentes ao suicídio. Por outro lado, há um outro exemplo significativo neste caso, refere-se aos amigos do participante, que obrigaram-no a procurar ajuda para lidar com a depressão e com a perda do irmão. Esse é um exemplo do quanto é fundamental o apoio da rede social de suporte do enlutado, seja qual for o modo de morte, mas principalmente ao enlutado por suicídio.

- Participante 12: ***“Raiva dele?... Muita não, um pouco só. É tudo meio misturado: culpa, raiva, saudade.. sei lá”***

Participante do sexo masculino, 23 anos de idade, nível superior incompleto. O irmão mais velho matou-se aos 26 anos de idade, enforcado em casa e foi encontrado pela mãe (participante 13 neste estudo). O participante sempre viveu próximo ao irmão mais velho desde quando eram crianças. Na adolescência, por estarem sempre juntos, quando um fazia um novo amigo, este se tornava amigo também do outro irmão. Assim, quase todos os amigos eram em comum. Essa característica da relação entre eles perdeu-se um pouco ultimamente porque o participante começou a fazer faculdade e mudou-se da casa da família para facilitar a locomoção. Essa mudança também serviu para diminuir o convívio com o pai, que não se dá muito bem com os filhos. Outro fator que influenciou a mudança da relação entre o participante e o falecido foi o fato do falecido ter começado o uso de drogas e seu envolvimento com uma turma de jovens que traficam drogas. Isso afastou um pouco o irmão caçula (participante neste estudo), por não concordar com isso. Após o suicídio do irmão, o participante voltou a residir com os pais, para estar perto da mãe e poder ajudá-la.

É justamente com a mãe que os dois irmãos tinham uma relação mais próxima. O pai, que foi alcoolista por muitos anos, viu sua relação com a família sendo desgastada ao longo dos anos, devido à bebida. O participante mostra-se indiferente em relação ao pai. Demonstra um pouco de raiva ao lembrar a última tentativa de suicídio de seu irmão (ele havia feito duas tentativas de matar-se antes de consumir o suicídio), quando o pai não deu a devida importância ao fato. Em relação à mãe, está muito preocupado porque ela já estava em tratamento para depressão há

anos quando ocorreu o suicídio. Após o suicídio do filho, o quadro dela se agravou ainda mais.

Sintomas somáticos que mais o incomodaram foram os estomacais: “o que eu comia, não descia de jeito nenhum. Ficava empanzinado, a digestão parava e tinha enjôo. Ficou tão ruim isso, que tive que tomar remédio. Eu nunca tinha tido problemas de estômago daquele jeito”. Sensação de taquicardia ele sente até hoje quando lembra ou toca no assunto da morte do irmão. Outra reação relatada por ele é uma agonia que ele sente nas pernas, como se fosse um incômodo e por isso fica mexendo ou balançando as pernas. Disse que essa “agonia nas pernas” ele já sentira antes, nas duas tentativas anteriores de suicídio do irmão. Ele ficou muito mais irritado após a morte do irmão. Ele percebe isso porque tem brigado no trânsito e num certo dia quase bateu em uma pessoa que estava no estacionamento vigiando os carros.

Contou que passou a primeira semana após a morte dele dentro de casa: “eu queria sumir, queria esquecer a morte dele, fingir que foi tudo mentira”. Só saiu de casa porque a namorada dele o alertou que a mãe precisava dele. Até hoje se mantém mais isolado. Diz que o principal motivo é a curiosidade das pessoas sobre o suicídio do irmão e a sensação de estar sendo julgado; ambas o irritam muito. Ficou difícil evitar tocar no assunto e evitar a curiosidade das pessoas, já que a família reside em uma pequena cidade, onde muitas pessoas ficaram sabendo do suicídio. Declara que quando um amigo se aproxima dele e toca no assunto do suicídio do irmão dele, mas sem curiosidade, com a finalidade de conversar e ajudá-lo, ele gosta.

Contou que já estava prevendo que o irmão algum dia conseguiria se matar. Ele falava nisso, estava deprimido há alguns anos e ainda fizera duas tentativas de suicídio anteriores (a primeira, aproximadamente quatro meses antes e a última, um

mês antes). O participante mostrou-se impotente e culpado por não ter conseguido ajudar o irmão. Relatou que o irmão uma vez fez tratamento com psiquiatra para trabalhar a questão com as drogas, mas ele não gostou e abandonou o tratamento. Ele recusava-se a esses tratamentos (com psiquiatra e psicólogo) porque para ele, parecia “coisa de gente doida”, já que na família há casos de esquizofrênicos que fazem esses tratamentos. O participante e a mãe sugeriram várias vezes que ele procurasse ajuda profissional, mas ele não quis. Aliás, o participante arrepende-se de não ter insistido mais com o irmão: “Eu deveria ter forçado ele a ir num psicólogo, devia ter levado ele na marra! Se eu tivesse feito isso, ele não estaria morto agora”.

Ele relatou com muita ênfase a sensação de abandono. Como já foi dito antes, eles costumavam estar juntos, tinham amigos em comum e ainda tinham planos de mudar-se para outra cidade e fazerem um curso de pós-graduação para trabalharem juntos. Sente que além de perder o irmão, perdeu também o companheiro para a concretização dos planos. Ele diz: “Senti muito abandono... acaba que foi ele que escolheu morrer”.

Na família, vários tios fazem uso abusivo de álcool há muitos anos. Quando questionado por membros na família que pudessem ter tentado suicídio, ele citou uma prima esquizofrênica, que tentou suicídio inúmeras vezes. Contou que, depois do suicídio do irmão, os tios (que a exemplo do pai dele, também eram distantes dos filhos deles) mudaram um pouco em relação aos filhos: “pelo menos para isso serviu a morte dele.... meus tios agora prestam mais atenção em meus primos e tentam conversar com eles”.

Reflexões sobre o caso

O participante apresentou sintomas gástricos de forma intensa e alegou que nunca antes os apresentara. Foi a reação somática mais forte que sentiu. Entre as

reações gerais do luto, a mais evidente (e preocupante) foi a irritação. Preocupante porque ele atribui à irritação, comportamentos que podem ser considerados autodestrutivos (por exemplo, passou a discutir no trânsito e brigar com *flanelinhas* que vigiam carros nos estacionamentos). Ele também demonstrou irritação durante a entrevista quando falou sobre as pessoas curiosas que se aproximam dele para saber detalhes sobre a morte do irmão. Essa irritação também comparece, associada à sensação de impotência, quando fala que poderia ter insistido mais com o irmão para buscar ajuda, e assim, evitar o suicídio dele.

Ele isola-se até hoje, evitando contato com as pessoas, com exceção da mãe, da namorada e dos amigos muito próximos. Ele declara como se sente quando uma pessoa o aborda para falar sobre o suicídio do irmão. Alega que quando uma pessoa toca no assunto e ele percebe curiosidade sobre os detalhes da morte, ele logo sai de perto da pessoa e passa a evitá-la. Se a pessoa se aproxima dele, e até pergunta sobre o suicídio, mas com o intuito de ajudá-lo, de verificar se ele está bem mesmo tendo perdido o irmão, ele não vê problema nisso.

Uma outra reação muito enfatizada por ele é a sensação de abandono. No caso deste participante, há certas particularidades na relação entre ele e o irmão que agravam essa reação: os dois eram muito próximos, estavam sempre juntos e tinham planos futuros de estudar e trabalhar juntos. O participante relata que ficou sem o irmão, o amigo e o companheiro para concretizar esses planos. São perdas adjacentes à morte, que aumentam sua sensação de abandono. Outro aspecto que aumenta sua sensação de abandono é o modo de morte. Ele disse que sente-se abandonado porque o irmão escolheu morrer.

A estigmatização, vergonha e omissão da morte (reações específicas de luto por suicídio), ele as apresenta muito vinculadas à irritabilidade e utiliza o isolamento

como forma de lidar com essas reações. Ele relata que explode de raiva com as pessoas, quando perguntam a ele se ele não tentou ajudar o irmão ou se ele não tentou evitar a morte dele. Ele alega que se ele tivesse morrido num acidente de carro, por exemplo, esse tipo de abordagem não aconteceria.

- Participante 13: *Eu sinto vontade de ir onde ele foi enterrado.... parece que eu vou chegar lá e encontrar ele”*

A participante é do sexo feminino, 59 anos de idade, nível médio de escolaridade. É mãe do participante 12 e do rapaz de 26 anos, que se matou enforcado em casa. Ela relatou que já estava diagnosticada como depressiva (estando em tratamento até a data da entrevista) há alguns anos. Já apresentava sintomas acentuados (conforme o DSM IV: falta de energia para executar tarefas do dia-a-dia, choro constante, sentimento de inutilidade, dificuldade para dormir, retardo motor e falta de interesse em atividades que antes tinha) quando o filho se matou, o que agravou este quadro ainda mais. Após a morte do filho, ela só ficava dentro de casa, não tinha disposição nem para a higiene pessoal (banho, por exemplo) e ficava na cama o dia todo. Por residir em uma pequena cidade do interior, muitas pessoas na cidade ficaram sabendo da morte trágica do filho dela. Assim, ela recebe muitas visitas [até a época da realização da entrevista], o que a deixava incomodada no primeiro mês após a morte dele: “Chegava visita aqui em casa e eu ficava, assim dentro de mim, pedindo que aquelas visitas fossem embora para que eu pudesse ficar sozinha e quieta no meu quarto”. Em outros momentos, ficava grata pela companhia dessas pessoas. Manteve esse isolamento por meses, mas parece ser mais devido ao luto e como consequência da depressão dela, do que estigma ou vergonha pelo suicídio. Contou que, apesar da vontade de ficar sozinha, sentiu apoio nos vizinhos,

amigos e parentes. Estes a visitam sempre. Outra fonte de suporte para ela foi o grupo religioso do qual ela participa há anos, apoio que veio das pessoas do grupo e da fé que compartilham.

Ela apresentou alguns sintomas, que não apresentava antes da morte do filho. Por exemplo, sentiu palpitações e taquicardia com intensidade após a morte dele, o que a motivou a consultar-se com um médico cardiologista. Este não identificou sintomas de doença, mas de estresse pela perda do filho. Sentiu ainda contrações musculares e sudorese excessiva, que não apresentava antes. Contou que fazia trabalhos manuais (artesanato) todos os dias e depois da morte do filho, parou de fazer: “Larguei tudo, abandonei tudo!”

Relatou a revolta com a morte do filho: “Eu penso muito ainda que, por ele ser tão jovem, tinha uma vida inteira para ser vivida, tinha se formado [concluído um curso de nível superior]... ele não devia ter morrido. Eu, que já tô velha, é que devia ter morrido”. Foi ela quem encontrou o corpo do filho, no quarto dele. Diz que aquela cena a machuca até hoje: “A cena que eu vi, dele morto, é demais para uma mãe! Eu vejo e sinto tudo até hoje, quando eu lembro. Eu o chamei para atender ao telefone. Um amigo dele tinha telefonado para ele. Como ele não respondia, eu fui levar o telefone no quarto dele e aí vi tudo! Todos os dias, antes de dormir, eu choro muito. É quando aquela imagem vem de novo!”. O relato que fez sobre a noite anterior ao suicídio dele, dá indícios de que ele já pretendia matar-se, pois ele parecia estar despedindo-se da mãe. Naquela noite ele saiu para uma festa e chegou tarde em casa. Quando chegou, encontrou a mãe ainda acordada, devido à insônia. A mãe conta que ele a abraçou e falou para ela: “mãe, a senhora sabe que eu gosto muito da senhora? A senhora é a melhor mãe do mundo. Eu quero que a senhora saiba que eu

não tenho queixa nenhuma da senhora, tá?”. Após isso, ele a abraçou, deu um beijo nela e foi para o quarto dormir. Foi a última vez que ela o viu com vida.

Disse que prefere que as pessoas não toquem no assunto porque quando isso acontece, ela se lembra da cena do suicídio dele e volta a sofrer a dor da perda novamente. Relatou que o filho era triste desde criança e diferente das outras crianças (não tinha colegas na escola, não brincava como os outros meninos, ficava mais quieto), isso a leva a pensar que já eram indícios da depressão dele. Essa tendência ao isolamento o acompanhou até o fim da vida dele. A mãe relata que ele não costumava conversar com o pai. Era mais próximo do irmão caçula (participante 12). Contou que ele passava a maior parte do tempo dentro do quarto: “na hora das refeições, ele ia até a cozinha, colocava a comida no prato e ia comer no quarto.”.

Contou que se arrepende muito por não ter insistido com o filho para fazer um tratamento: “O que eu sinto que não fiz por ele, foi porque ele não quis, não quis médico nem tratamento. Eu podia ter marcado e ter forçado ele a ir. Disso, eu me arrependo de não ter feito”.

Ela falou sobre a dificuldade de aceitação quando a morte acontece por suicídio: “Se fosse uma morte que a pessoa adoecesse, fosse pro hospital, ficasse um tempo lá internada, tratando a doença e depois morresse, tudo bem. Aí a gente fica mais conformada. Mas o suicídio leva a pessoa de repente. É muito diferente. E ainda foi ele que planejou, né? Não foi uma doença que levou ele.”

Relata que após a morte dele pensou em matar-se também: “Eu pensava de fazer suicídio também, de ir embora, deixar tudo para trás”. Esses pensamentos aconteceram por duas semanas, durante o primeiro mês de luto. O que a impediu foi pensar que o outro filho precisa dela.

Ela expressa a diferença entre a perda de um filho e a perda de outras pessoas: “Já perdi pai e mãe, mas a morte dele é diferente de tudo! Não tem uma dor igual. Perder um filho é a pior dor que uma pessoa pode sentir. Acho que vai embora um pedaço da gente”. A literatura consultada (ver Cap. 1) aponta que pais e cônjuges são os que sentem mais a perda por morte.

Demonstrou o quanto é difícil suportar a ausência do filho: “Eu vou ao cemitério com frequência. Eu sinto vontade de ir onde ele foi enterrado... parece que eu vou chegar lá e encontrar ele. Cada vez que eu vou lá na cova dele, eu choro muito, choro desesperada! Fico muito abatida. Até parece que eu tô num outro mundo. Na missa a tristeza é a mesma, choro, mas não desesperada para todo mundo ver. Não tem jeito, a gente tem que ser forte”.

Reflexões sobre o caso

A participante, como foi dito, já apresentava um quadro depressivo acentuado quando o filho morreu. Isso torna um pouco difícil distinguir sintomas da depressão dela, de reações do luto (por exemplo: como ela já estava se isolando antes da morte dele, fica difícil determinar até que ponto o isolamento dela seria o esperado após uma perda como esta ou se é o isolamento próprio da depressão). Esses sintomas depressivos não podem então, serem tomados como indicadores de reações somáticas ou reações gerais de luto.

Na data da entrevista, haviam se passado cinco meses desde a morte do filho, ela ainda apresentava alguns sintomas de ansiedade, tais como sudorese excessiva e medo de perder o controle. O tempo de duração dessas reações foi maior do que o tempo de duração das mesmas reações entre os participantes deste estudo, enlutados por outros modos de morte. As palpitações e taquicardia que ela sentiu após a morte

do filho, ela relata que não sentia antes, que duraram cerca de dois meses, com vários episódios.

A rede social de suporte dela mostrou-se eficaz. Ela contou que recebeu muito apoio dos familiares (da família dela e do marido), dos vizinhos e dos colegas do grupo religioso. Quando ela encontrou o corpo do filho em casa, gritou pela ajuda dos vizinhos. Parece que estes ficaram sensibilizados por vê-la naquela situação e pela circunstância da morte. Talvez por isso, aliado ao fato de residirem numa pequena cidade onde todos se conhecem há muito tempo, os vizinhos fizeram uma espécie de organização entre eles, para que ela recebesse visitas com frequência. Ela alega que isso foi importante para ela, mesmo quando ela tinha vontade de ficar sozinha. As pessoas do grupo religioso também ofereceram esse tipo de apoio a ela. Talvez essa comoção e organização da comunidade para ajudá-la possa explicar o fato de que ela não relatou sentir-se estigmatizada ou julgada pelas pessoas. Ela foi a única participante enlutada por suicídio que não relatou a estigmatização. Outra reação específica do luto por suicídio que ela não apresentou foi a omissão da morte, o que pode ser explicado pelo fato de residirem numa pequena cidade onde todos tomaram conhecimento da morte dele. Então evitar contar aos outros sobre a morte dele ou sobre como aconteceu, não fazia sentido. Entretanto, ela apontou a vergonha que sente ao abordar o suicídio do filho, porque “foi ele quem fez, ele planejou e isso deixa a gente constrangida”.

III – Síntese dos Resultados

Segundo o tratamento dispensado ao material obtido a partir das entrevistas realizadas com os participantes, Análise de Conteúdo, para constituir *Categorias*

seria necessário que as reações fossem relatadas por todos os participantes. Entretanto, isso só aconteceu com quatro das reações de luto abordadas na entrevista: Reações somáticas, Reações gerais do luto, Reações ligadas ao suporte social e Alívio. Estas serão apresentadas com o sub-título *Categorias de Reações de Luto*.

Outras reações foram relatadas pela maioria dos participantes, mas não por todos eles, o que impede a formação de categoria. Ainda assim é importante que essas reações sejam apresentadas. O sub-título deste conjunto de reações será *Outras Reações de Luto*.

Finalmente, um outro conjunto de reações, que foram relatadas somente pelos enlutados por suicídio. Estas serão apresentadas com o sub-título *Reações Específicas de Luto por Suicídio*.

IV – Categorias de Reações de Luto

Os resultados nessa seção do trabalho serão apresentados conforme as categorias (inicialmente definidas com referência ao GEQ) que se mantiveram, ou seja, são constituídas pelas reações que acometeram todos os participantes deste estudo.

Categoria 1 - Reações Somáticas

Todos os 13 participantes deste estudo apresentaram alguns dos sintomas que compõem essa categoria. São apresentados a seguir os temas que compõem essa categoria.

Tabela 2 - Categoria: Reações Somáticas

Part.	Sintomas gástricos		Sintomas cardíacos		Tontura, Desmaio		Contração Muscular involuntária	
	Tempo	Frequên.	Tempo	Frequên.	Tempo	Frequên.	Tempo	Frequên.
1.	-	-	-	-	1 semana	3	-	-
2.	2 semanas	4 vezes	14 meses ^a	Várias vezes	2 semanas	4 vezes	-	-
3.	-	-	-	-	-	-	-	-
4.	-	-	1 semana	3 vezes	-	-	-	-
5.	2 semanas	Não lembra	1 semana	2 vezes	1 semana	1 vez	-	-
6.	-	-	-	-	-	-	-	-
7.	-	-	2 semanas	Não lembra	2 semanas	3 vezes	-	-
8.	3 semanas	4 vezes	Até enterro	O tempo todo	-	-	-	-
9.	12 meses ^a	várias	1 semana	Não lembra	-	-	-	-
10.	1 mês e 1/2	Várias vezes	8 meses ^a	Sempre que se lembra	1 semana	2 ou 3 vezes	-	-
11.	2 meses	Várias vezes	2 meses	Várias vezes	Na hora da notícia da morte	1 vez	-	-
12.	1 mês	Várias vezes	1 semana	Não lembra	-	-	1 mês	Várias vezes
13.	-	-	2 meses	Várias vezes	-	-	2 meses	Não lembra

^a Reações ainda apresentadas pelos participantes até a data da aplicação da entrevista.

* Sintomas Gástricos:

Esse termo foi adotado para designar sintomas como: enjôo, vômito, dificuldade para ingerir alimentos, digestão lenta, sensação de falta de paladar ao comer, azia, estomatite e gastrite. Foi observado na maioria dos participantes o vômito como uma das primeiras reações somáticas apresentadas. Os participantes 2, 5, 8, 10 e 12 relataram que vomitaram logo após receber a notícia da morte ou no dia

da morte. O participante 12 relata que até tentava comer, mas não conseguia (“parecia que eu tinha uma trava na garganta, que não deixava a comida descer”).

* *Sintomas Cardíacos:*

Esse termo designa palpitações, taquicardia, dores no peito, sensação de peito apertado e conseqüente dificuldade para respirar. Esses sintomas costumam acometer os enlutados no início do período de luto, principalmente quando se lembram da perda ou do ente querido. Uma participante (13) relatou ter procurado um médico cardiologista porque em uma das vezes que sentiu a sensação de peito apertado seguido de dor, pensou que estava sofrendo um enfarto (“mas depois de fazer exames, o médico disse que era de origem nervosa a minha dor”).

O participante 8 relatou uma diferença nos sintomas cardíacos, comparando as duas situações de perda que ele passou (pai e mãe) dentro do prazo de um ano. Ele falou sobre a dor e o aperto no peito: “Senti isso da mamãe só enquanto ela estava no hospital [morte esperada, devido doença] e do papai senti na fase de saber a notícia, no velório e enterro. Fiquei com a respiração super difícil no enterro”. Essa diferença pode ter ocorrido por dois motivos: a morte do pai foi inesperada (infarto cardíaco) e a da mãe foi esperada (Lupus) e o fato da morte do pai ter sido a primeira a ser experimentada.

Na Tabela 2 pode-se observar que a duração dos *Sintomas cardíacos* costuma variar entre 1 semana e 2 meses, havendo apenas duas exceções: os participantes 2 e 10. Talvez porque o participante 2 tinha uma relação conflituosa com seu familiar falecido. A possível explicação para a exceção apresentada pelo participante 10, além da relação conflituosa, poderia ser o modo de morte do falecido (suicídio). A literatura, conforme apresentado no Cap. 1, aponta que a qualidade da relação entre

enlutado e falecido constitui um dos determinantes do luto, influenciando na duração e intensidade das reações ao luto.

Além das reações somáticas apresentadas na Tabela 2, uma enlutada por morte acidental (7), relatou ter apresentado erupções cutâneas por mais de uma semana, juntamente com seborréia no couro cabeludo. Apresentou várias vezes episódios de infecção de garganta também. Outra participante (4), enlutada por morte natural/esperada, relatou ter apresentado alteração na pressão sanguínea. Outra participante (3), enlutada por morte natural/esperada relatou ter desenvolvido um problema circulatório (doença hereditária) nas pernas após a morte do familiar. Apesar de já saber do elevado risco de apresentar esta doença, associou o surgimento dos sintomas à perda do familiar.

* *Tontura e desmaio:*

Tontura e desmaio costumam acometer o enlutado no momento em que recebem a notícia da morte, durante o velório e/ou enterro. O tempo médio dessas reações é de no máximo 1 semana. A participante 7 que apresentou essas reações por 2 semanas, perdeu o familiar num acidente, ou seja, morte inesperada.

* *Contrações musculares:*

Contrações musculares involuntárias foi a reação somática menos relatada pelos participantes. Somente dois enlutados por suicídio (12 e 13) apresentaram essa reação.

* *Observações:*

Dentre os participantes enlutados por mortes naturais/esperadas, a participante 5 apresentou maior número de sintomas que os outros enlutados pelo mesmo modo de morte. Talvez um fator que tenha influenciado nesse dado seja o fato de que a participante já estava diagnosticada com depressão quando recebeu a

notícia da morte de seu ente querido. Além disso, essa participante alega ter vivido uma perda por morte na família, anterior a esta relacionada aqui, que foi muito difícil de ser vivenciada. A forma como se vivenciou lutos anteriores influenciam na vivência de perdas posteriores, mas esse item requer mais estudo.

Ainda na Tabela 2, pode-se observar que o tempo de duração dos sintomas parece realmente estar relacionado ao modo de morte. Entre os participantes da pesquisa enlutados por mortes naturais/esperadas, os sintomas duraram em torno de duas semanas. Entre os enlutados por mortes acidentais/inesperadas, os sintomas duraram mais tempo: em torno de três semanas. Os enlutados por suicídio parecem experimentar os sintomas por mais tempo. Relataram o prazo de até dois meses.

Categoria 2 – Reações gerais do luto

São apresentados a seguir os temas que compõem essa categoria.

Tabela 3 - Categoria: Reações gerais ao luto

Part.	Sintomas de ansiedade	Sintomas depressivos	Sensação de vazio	Entorpecimento	Irritação	Esquecer que o familiar faleceu
	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo
1.	Até 8º. dia	2 semanas	-	-	-	5 dias
2.	14 meses ^a	-	1 semana	-	2 semanas	-
3.	-	1 semana	5 dias	No dia da morte	-	8 dias
4.	-	3 semanas	2 semanas	-	Não lembra	1 mês
5.	-	3 semanas	1 semana	-	1 mês e 1/2	-
6.	1 semana e 1/2	1 mês	-	-	2 meses	Até 4 meses
7.	-	3 meses	2 meses	6 meses	-	Não lembra
8.	Até o enterro	2 meses	1 mês	Até o enterro	1 semana	6 meses
9.	-	Não lembra	1 semana	1 semana	1 mês	-
10.	8 meses ^a	2 meses	8 meses ^a	1 semana	1 mês	-

11.	-	3 meses	1 mês	1 mês	-	3 meses
12.	5 meses ^a	5 meses ^a	1 mês	2 semanas	5 meses ^a	5 meses ^a
13.	5 meses ^a	5 meses ^a	1 mês	1 mês	5 meses ^a	5 meses ^a

^a Reações ainda apresentadas pelos participantes até a data da aplicação da entrevista

* Sintomas de Ansiedade:

O termo *Sintomas de Ansiedade* aqui se refere somente aos sintomas de ansiedade, e não ao diagnóstico do Transtorno de Ansiedade. Os sintomas foram levantados com base na bibliografia pesquisada (Cap. 1 e 2) e no DSM – IV: medo sem motivo aparente, sensação de falta de ar, tonturas, sudorese, calafrios, ondas de calor, medo de perder o controle e ficar assustado, sobressaltado ou em estado de alerta.

O participante 2 parece ter desenvolvido o Transtorno de Ansiedade, com ataques de pânico. Alega sentir “como se fosse um ataque cardíaco. O coração dispara, eu acho que não vou conseguir respirar e eu fico molhado de suor. Dura uns 5 minutos e acontece até hoje, principalmente quando falam nele (o falecido)”.

A participante 1 relatou dois episódios com esses sintomas, além da “nítida impressão de que estava morrendo naquelas duas ocasiões”. Os dois episódios aconteceram dentro do prazo de 8 dias após a morte.

* Sintomas Depressivos:

O termo *Sintomas Depressivos* também se refere a sintomas e não ao diagnóstico. Esses sintomas foram relatados por maior número de participantes do que os sintomas de ansiedade. Também foram levantados com base na bibliografia consultada (Cap. 1 e 2) e no DSM-IV. Refere-se aos seguintes sintomas: humor deprimido, choro constante, diminuição do prazer ao fazer coisas que antes gostava, alteração no peso (ganho ou perda significativa), alteração no sono (insônia ou

sonolência excessiva), agitação ou retardo motor, falta de energia para executar tarefas do dia-a-dia, diminuição da capacidade de concentração e de pensamento e sentimento de inutilidade.

A participante 1 apresentou somente um desses sintomas: diminuição do interesse de fazer coisas que antes gostava de fazer. O falecido estava em idade bastante avançada (96 anos) e a relação entre eles foi considerada pela enlutada como “muito boa e amorosa”. Nesse caso, tanto o modo de morte (natural/esperada), quanto a idade do falecido e a qualidade da relação entre eles pode influenciar no fato desta participante apresentar somente um desses sintomas.

Entre os demais enlutados por mortes naturais/esperadas, a maioria deles relatou a média de três desses sintomas. A exceção foi a participante 5 (6 sintomas), que relatou já ter sido diagnosticada como depressiva à época da morte. Outros participantes também relataram que já estavam num processo de depressão à época da morte: os participantes 11 e 13.

O número de sintomas entre os enlutados por mortes inesperadas/acidentais foi o seguinte: participante 7 - 6 sintomas; participante 8 - 6 sintomas; participante 9 - 7 sintomas. Já entre os enlutados por suicídio, os números são: participante 10 - 7 sintomas; participante 11 - 8 sintomas, participante 12 - 7 sintomas, participante 13 - 7 sintomas. O tempo de duração dos sintomas depressivos também variou conforme o modo de morte: mortes naturais/ esperadas - até 1 mês, mortes inesperadas/acidentais - até 3 meses, mortes por suicídio - até 5 meses.

* Sensação de Vazio:

A *Sensação de Vazio* parece ser uma reação quase universal. Dos 13 participantes, somente as participantes 1 e 6 não relataram essa reação. O tempo de duração dessa reação também se mostrou variável nos diferentes modos de morte.

Essa reação foi relatada como “uma sensação de que está faltando algo, tem algo errado e falta um pedaço” (part. 2). A participante 7 associou a sensação de vazio à hora de dormir (“dormir sozinha na cama.. me dava um vazio!”) e à hora de chegada em casa (“o vazio vinha forte ao chegar em casa e ele não estar lá me esperando”). O participante 8 relatou que sente esse vazio quando algo de bom acontece e ele não tem mais os pais para compartilhar a boa notícia.

* Entorpecimento:

A reação de *Entorpecimento* mostrou-se com tempo de duração entre um dia (o dia da morte e/ou enterro) até 2 semanas. A exceção foi apresentada pela participante 7, que relatou ter tido essa sensação até o sexto mês. Os demais participantes relataram essa reação como: “fiquei fora mim, ausente mesmo” (part. 3); “fiquei meio anestesiada, não conseguia nem chorar” (part. 9); “parecia que eu não estava nesse mundo” (part. 10); “é uma sensação de estar alheio das coisas, de estar anestesiado. É uma fuga da dor” (part. 11).

A participante 7 relatou a vivência dessa reação como algo que vai se diluindo com o tempo: “Passei níveis diferentes de entorpecimento. Até os seis meses eu me sentia meio letárgica, sem ter a noção das coisas. Com o tempo passei a recobrar essa percepção, aos poucos. Meu entorpecimento foi diminuindo aos poucos”.

* Irritação:

A *Irritação* foi uma reação que não foi relatada com duração variando conforme o modo de morte. O participante 2 relatou irritação até 2 semanas após a morte, já a participante 5, 1 mês e meio e ambos são enlutados por mortes naturais/esperadas. Os participantes 9 (morte inesperada/acidental) e 10 (suicídio)

relataram a irritação até 1 mês após a morte. O participante 8, enlutado por morte natural, diz ter sentido a irritação até 1 semana após a morte.

Essa é uma reação que requer maiores estudos, pois não se pode inferir sem dados obtidos a partir de uma amostra significativa que o modo de morte não influencie nessa reação.

* *Esquecer que o familiar faleceu:*

Esquecer que o familiar faleceu é uma reação que foi relatada por nove dos treze participantes (ver a Tabela 3). Não há ainda clareza acerca do que motiva essa reação. As hipóteses possíveis vão desde negação da morte (para assim se evitar a dor da perda de alguma forma) até uma tentativa de manter vivo o falecido de alguma forma, até que se consiga lidar com a perda. Essa reação foi relatada com menor frequência do que outras dessa categoria. Mas isso ainda não está claro e requer mais estudos.

Alguns enlutados relataram ter esquecido somente uma vez que o familiar havia morrido (part. 1) e outros alegam que isso aconteceu várias vezes (part. 13). É relatado pelos participantes como uma reação que acontece em diferentes situações. Pode acontecer de esquecer que o ente querido morreu quando o enlutado está em uma situação corriqueira da vida. Este é o caso da part. 1, que encontrou um amigo que não sabia que o familiar dela havia falecido e perguntou por ele. Ela relata: “respondi que ele estava ótimo! E logo em seguida as lágrimas já rolaram. Eu fiquei espantada por ter esquecido que ele havia morrido. Senti-me muito ingrata com ele!”.

Outra situação em que essa reação acontece é aquela onde se conta com a presença do falecido. Foi relatada situação semelhante pela part. 6: “Era um almoço de família e na mesa tinha um prato a mais. Cheguei a me perguntar se meu tio viria para o almoço. E em uma fração de segundo, me lembrei que ele havia morrido”.

Foram também relatadas situações em que o enlutado simplesmente queria compartilhar uma notícia com o falecido. Essa situação foi o caso do part. 8, que tinha uma meta, um sonho e conseguiu realizar. Nesse dia, ele disse: “a primeira reação que tive foi pegar o telefone e ligar para contar a ele. Quando já estava discando, pensei: Pô, esqueci que meu pai morreu!?”. Esse enlutado perdeu o pai (morte inesperada) e perdeu a mãe (morte esperada) cerca de um ano depois. Em relação à mãe ele relata: “Com a minha mãe, já não aconteceu de eu me esquecer que ela havia morrido. Não sei se foi devido à experiência de ter perdido meu pai um ano antes... não aconteceu nem uma vez!”.

Sobre essa reação (esquecer que o familiar faleceu), os participantes que a experimentaram foram unânimes quanto a dois aspectos: é muito rápido, como uma participante diz, “é uma fração de segundo”. O outro aspecto é o sentimento que se manifesta logo após se lembrar que o familiar na verdade está morto: um sentimento parecido com aquele que se tem no dia da morte. Sobre esse sentimento o participante 8 diz: “Dá um vazio tremendo. É como se o chão sumisse debaixo dos meus pés. É mais ou menos igual a quando a gente recebe a notícia da morte”. A participante 6 faz um relato parecido: “É horrível...parece que você perdeu de novo, só que é um pouco menos pesado”.

Categoria 3 – Reações ligadas ao Suporte Social

A literatura coloca que o enlutado por suicídio percebe mudanças significativas em sua rede social de suporte (Seguin et al., 1995; OMS, 2000; Barret and Scott, 1989). O GEQ coloca a perda de suporte social como uma das dimensões do luto. Na elaboração da entrevista várias perguntas foram formuladas com o intuito de se conhecer outras especificidades do apoio ao enlutado, além da simples perda de suporte. Foi dado o nome de *Suporte Social* a esse conjunto de perguntas na

entrevista, que originalmente, daria origem a uma categoria. Ao analisar os dados, constatou-se que alguns dos temas explorados em *Suporte social* poderiam ser considerados temas desta categoria, já que constituíram reações unânimes entre os enlutados que participaram da pesquisa.

* *Isolamento do enlutado:*

Isolamento aqui se refere ao comportamento do enlutado de se afastar, de forma voluntária, das pessoas. Todos os participantes relataram que se mantiveram mais isolados durante um certo tempo depois da morte. A razão/função do isolamento parece divergir conforme o modo de morte. Entre os enlutados por mortes naturais/esperadas, o isolamento pareceu significar recolhimento para pensar sobre o falecido e chorar pela perda. A participante 3 disse: “Na época eu queria chorar mais, conversar com algumas pessoas sobre tê-la perdido. Por isso fiquei mais isolada”. A razão do isolamento para os enlutados por mortes inesperadas/acidentais é semelhante ao isolamento dos enlutados por mortes naturais/esperadas. A participante 7 relatou ter restringido o contato a pessoas da família: “muitas vezes eu ficava sozinha ou ia para a casa dos meus pais e ficava com eles e meus irmãos”. Entre os enlutados por suicídio além das razões anteriormente citadas, foi relatada outra: o constrangimento causado pelo modo de morte. O participante 11 disse: “Me isolei sim. Passei um tempo só dentro de casa, em que o contato com o mundo e as pessoas não me fazia falta. Eu evitava encontrar as pessoas que o conheciam e que eu não tinha certeza se tinham recebido a notícia da morte dele. Só fui encontrar essas pessoas depois. Era para evitar o fato de que eu ter que dar a notícia e ficar explicando como aconteceu”.

* Percepção de constrangimento das pessoas ao dar os pêsames:

A percepção do enlutado sobre o constrangimento das pessoas ao dar-lhes os pêsames também foi unânime, entretanto com variações conforme o modo de morte. Essa percepção mostrou-se semelhante entre os enlutados por mortes naturais/esperadas e os enlutados por mortes acidentais/inesperadas. Dentre estes participantes, a maioria relatou entender a posição das pessoas que se aproximavam para consolar mas não sabiam o que fazer ou dizer e que isso não os incomodava. A participante 3 (morte natural/esperada) disse: “As pessoas não sabem o que falar, como falar, se falam ou não falam. Mas eu entendi isso!”. A participante 7 (morte acidental/inesperada) relatou: “Sentia que as pessoas tinham muito receio mesmo. Todos ficam incomodados”. O participante 8 (morte inesperada/acidental) fez um relato semelhante: “Tem gente que fica sem saber o que falar. Eu compreendo”.

Entre os enlutados por suicídio, a percepção de constrangimento das pessoas ao dar os pêsames ou tocar no assunto da morte vem com maior dificuldade em lidar com as pessoas. Perceber o constrangimento das pessoas, associado ao modo de morte por suicídio foi unanimidade entre estes participantes. A participante 10 relatou: “As pessoas não se sentem à vontade de jeito nenhum e é pelo fato de ser suicídio. O constrangimento é enorme. Uma pessoa que foi assassinada não pediu para morrer, já o suicida buscou a própria morte. Por isso é mais difícil para as pessoas”. O participante 11 disse: “Percebi constrangimento sim, principalmente por ser um suicídio. As pessoas têm dificuldade em falar nisso. Teve gente que me disse que estava preocupada comigo, se dispunha a ajudar, mas nunca falando no suicídio dele. As pessoas falam de forma vaga, sutil, dando voltas. No sepultamento teve gente que nem veio falar comigo”.

Categoria 4 – Alívio

Essa categoria não está presente no GEQ, mas foram incluídas perguntas na entrevista, com a finalidade de se avaliar se o alívio constituía uma reação ao luto específica no caso de mortes decorrentes de doenças (com longos processos degenerativos, com internações hospitalares, uso continuado de medicamentos e procedimentos médicos invasivos) e das mortes decorrentes de suicídios. Entretanto, o alívio constituiu uma categoria neste estudo, já que todos os enlutados relataram-no.

Na entrevista foi questionado aos participantes se estes sentiram algum tipo de alívio após a morte e também se sentiam que algum sofrimento do falecido foi cessado com a morte, ou seja, se atribuíam algum alívio também ao falecido. Conforme demonstrado na Tabela 4, a maioria dos participantes relatou o alívio tanto para si quanto para o falecido.

Tabela 4 - Categoria: Alívio

	Alívio do enlutado	Alívio do falecido
Part.1	sim	sim
Part.2	sim	sim
Part. 3	sim	sim
Part. 4	sim	sim
Part. 5	-	sim
Part. 6	-	sim
Part. 7	sim	sim
Part. 8	sim	sim
Part. 9	-	sim
Part 10	sim	sim
Part 11	sim	sim
Part.12	-	sim
Part.13	-	sim

* Próprio alívio:

Os participantes 1,2,3,4,7,8,10, e 11 relataram algum nível de alívio com a morte de seus familiares. O alívio relatado por alguns desses enlutados parece estar intimamente ligado ao (suposto) alívio de seus familiares falecidos.

A participante 4 (morte natural/esperada) expressou assim seu alívio: “A gente vê a pessoa se acabando por causa da doença. O momento da morte dele foi um alívio para mim, por ver o alívio dele”.

Entre os enlutados por suicídio, um único participante (11) relatou sua dificuldade em aceitar a idéia de que sentiu alívio. A relação entre ele e o irmão era muito conflituosa, chegando a passarem o período de dois anos sem se falar. No dia do suicídio, durante o momento de crise que antecedeu a morte, os irmãos conversaram por 4 horas. Ele disse: “Foi muito difícil assumir esse alívio. Várias vezes, antes da morte do meu irmão, eu pensei que seria melhor se ele sumisse, desaparecesse. Minha vida seria melhor. Isso dá muita culpa!”. No caso específico desse enlutado, outros sentimentos comparecem interferindo na sensação de alívio, como raiva e culpa.

O esposo da participante 10 matou-se no mesmo ambiente em que ela estava, após algumas semanas de muito conflito entre eles. Esse período de conflito culminou com a separação conjugal. No momento do suicídio, eles haviam se encontrado para conversar sobre eles. A mensagem implícita no suicídio dele estava relacionada a ela. Ele dizia a ela que ela se arrependeria por não ter acreditado no amor dele. Essa “mensagem” assim como o fato dele ter se matado praticamente na frente dela (somente com uma porta entre os dois) a deixou com muita raiva. Ela disse sobre seu próprio alívio: “Fico aliviada quando penso que agora não temos

mais aqueles conflitos, aquelas brigas que tínhamos quando ele ficava mal da depressão”.

O participante 12 era muito amigo e companheiro do irmão, que se matou. Relatou culpa por não ter conseguido ajudá-lo e talvez esse sentimento interfira na sensação de um possível alívio. Ele disse: “para mim, só fez piorar tudo! Tive alívio nenhum!”.

* *Alívio do falecido:*

Essa reação foi relatada por todos os participantes da pesquisa. Parece que a sensação de alívio do falecido, em alguns casos, parece ser a fonte de conforto do enlutado (Ex.: part. 10). A sensação de alívio foi relatada sempre relacionada ao fim da doença, da dor ou de uma dificuldade enfrentada pelo falecido antes da morte. A reação de alívio relacionada ao fim da doença ou dor do falecido foi relatada por todos os enlutados por mortes naturais/esperadas. A participante 3 disse: “Ela não estava bem, estava doente. Além do mais, ela já estava muito velhinha”. A participante 4 disse: “Ele sentia muitas, muitas dores com a doença. Não podia nem encostar nele. Acho que a dor dele foi aliviada”.

Entre os enlutados por mortes inesperadas/acidentais pode-se observar a reação de alívio associada a dificuldades que o falecido estava enfrentando na época da morte ou enfrentaria se sobrevivesse ao acidente. A participante 9 disse: “Ele estava muito agoniado com umas coisas. Talvez isso tenha sido um alívio para ele”. A participante 7 relatou: “Acho que foi amenizado um possível sofrimento físico, se ele tivesse sobrevivido a esse acidente, porque ele teria ficado paralítico. Para ele e para mim seria terrível”. O participante 8 relatou: “meu pai, com 68 anos, trabalhava mais do que nunca, ganhava pouco e isso era frustrante e cansativo para ele. Disso, ele descansou”.

Todos os enlutados por suicídio relataram a sensação de alívio (que supunham) de seus falecidos. Os enlutados reconheciam a “doença” em seus familiares (agora falecidos), não dores do corpo mas inquietações da alma. A participante 10 relatou: “Eu acho que foi um alívio para ele. Ele estava doente, deprimido a vida inteira, infeliz mesmo. Ele não aproveitava a vida dele”. O participante 11 disse algo muito parecido sobre seu irmão: “Ele vivia muito triste há muito tempo. Acho que esse sofrimento dele foi aliviado”. A participante 13 (única mãe entrevistada) disse: “Ele era nervoso, preocupado com tudo e muito depressivo. Tudo isso agora acabou. Ele descansou. Ele deve estar melhor agora”. O participante 11 relata o alívio do irmão suicida relacionado ao fim de um tipo de inquietação e “dor na alma” e isso o ajuda a compreender a decisão do irmão em se matar: “Pelo jeito dele, pelo jeito que eu o via e o vi naquele dia, o desespero dele me facilitou entender a escolha dele. A loucura desesperadora dele desencadeou em suicídio. Disso, acho que ele ficou livre”.

V – Outras Reações de Luto

Os resultados que são apresentados nessa seção do trabalho referem-se àquelas reações de luto que foram relatadas pela maioria dos enlutados entrevistados, mas não por todos eles. Esse é o motivo desses resultados não serem apresentados sob a forma de categorias, que seria a proposta inicial de apresentação dos resultados. Entretanto, decidiu-se apresentar também essas reações por serem significativas para a maioria dos participantes.

REAÇÃO 1 – RESPONSABILIDADE

Esta reação se confunde um pouco com a reação de culpa, que será apresentada dentre as Reações específicas de luto por suicídio. A diferença consiste no fato de que quando se sente responsável por algo relacionado ao falecido, o

enlutado respondeu o que ele teria feito diferente em relação a aquele. Diz respeito a uma sensação de que poderia ter feito algo a mais ou que poderia ter deixado de fazer ou dizer algo ao falecido e que agora não o faria. A culpa já é uma reação em que o enlutado se vê como culpado pela morte de seu ente querido, como se tivesse participação no processo que culminou na morte deste.

Com exceção dos participantes 5, 6 e 7, os outros relataram a reação de responsabilidade. Os relatos dos participantes sobre essa reação expressam seus pequenos arrependimentos acerca de seus atos e falas em relação aos respectivos falecidos. A participante 1 relatou essa reação lembrando um fato acontecido entre ela e o falecido há mais de cinquenta anos: “Na adolescência, na minha formatura, dancei a valsa com um tio que me deu o dinheiro do vestido, um belíssimo vestido! Ainda no baile, me senti muito ingrata com meu pai e pedi desculpas a ele lá mesmo. É a única coisa que eu me arrependo em relação ao meu pai”. Nota-se que é um fato sem maiores conseqüências para os envolvidos no fato.

Os participantes 3 e 8 relataram que teriam dispensado mais tempo na companhia de seus entes queridos antes da morte. O participante 8, que perdeu os pais com a diferença de 1 ano e por modos diferentes (ver a Tabela 1), relatou a diferença da sua reação de responsabilidade entre as duas diferentes perdas. Em relação à mãe (morte esperada) ele relata o desejo de ter dispensado mais tempo a ela e ter fornecido mais apoio a ela. Já em relação ao pai (morte inesperada) ele relata o desejo de ter ajudado o pai a se cuidar mais, como se pudesse ter evitado sua morte. Ele relatou: “Em relação a minha mãe, depois da morte do papai, eu queria ter podido ficar mais com ela, ter dado mais força, mais apoio. Eu não esperava que ela fosse ficar mal e morrer 1 ano depois dele! Já em relação ao meu pai, eu teria feito

ele se cuidar mais, teria obrigado ele a ir mais ao médico, fazer mais exames, prever o que ia acontecer”.

A reação de responsabilidade parece ser influenciada pela qualidade da relação entre enlutado e falecido. É o caso dos participantes 2 e 9. A relação entre o participante 2 e seu pai era conflituosa. Passaram alguns anos conversando só o estritamente necessário. Há muita mágoa do enlutado em relação ao pai, apesar do aparente amor por ele, que era demonstrado sob a forma de preocupação com o estado precário de saúde do pai. Ele relatou: “Eu acho que eu teria tentado fazer ele ter tido um relacionamento melhor entre ele e os filhos dele, ele e a mulher dele”. Nota-se que ele fala sobre si mesmo nessa relação como se não fizesse parte da relação familiar com o pai. A participante 9 fez um relato de natureza semelhante: “Eu tentaria conversar mais com ele [pai], com mais tranquilidade. Eu brigava muito lá em casa, não era um ambiente tranquilo. Eu brigava com ele mas era para ele mudar. Eu não teria brigado com ele”.

Entre os enlutados por suicídio a reação de responsabilidade parece tomar o caráter de desejo de intervir na morte, de ter cuidado mais do falecido antes da morte com o intuito (nem sempre expresso de forma clara ou consciente pelo enlutado) de evitar a morte.

O participante 11 relatou além da reação de responsabilidade, sua impotência perante o suicídio do irmão: “Se eu soubesse o que fazer... mas até hoje eu não sei! Eu já pensei que eu deveria ter forçado a barra no hospital e ter ficado com ele durante a intervenção cirúrgica e ter ficado com ele também o tempo todo quando foi para o quarto no hospital”.

O participante 12 disse: “eu teria ajudado ele a sair daquela cidade, do contato com aqueles colegas dele, que não foram boa influência para ele. Eu podia ter ajudado mais e forçado ele a buscar ajuda, se consultar com médico e psicólogo”.

REAÇÃO 2 – ABANDONO

Os resultados sobre essa reação foram uma surpresa porque na literatura é apontada como uma reação que acometeria mais freqüente e intensamente os enlutados por suicídio. Entretanto, entre os entrevistados, pode-se perceber que nem todos enlutados por suicídio relataram-na, assim como foi relatada por 3 dos 6 enlutados por mortes naturais/esperadas. Os participantes 1, 4, 5, 6, 10, e 12 foram os que relataram a reação de abandono.

Esta reação refere-se à sensação que o enlutado tem de sentir-se abandonado, deixado para trás pelo seu familiar. A participante 4 relatou: “Senti-me um pouco abandonada sim. Me sinto só, principalmente em relação à responsabilidade de criar nossos filhos sozinha”. A participante 5 fez um relato muito emocionado devido ao afeto e suporte existente entre ela e a falecida: “Sinto-me um pouco abandonada. Ela era um oásis de carinho, afeto, suporte, validação. Foi ela quem me criou, me ensinou a andar, dar os primeiros passos quando criança. Ela me reforçava o tempo todo!”

Em relação aos enlutados por suicídio, parece haver um diferencial: a sensação de abandono demonstrou-se mais forte pelo fato do suicida ser visto como alguém que escolheu morrer. Um dos enlutados relatou se sentir preterido em relação ao desejo de morte de seu familiar. O participante 12 relatou: “Me senti um pouco abandonado por ele. Porque foi ele quem escolheu a morte, né? A gente tinha planos de fazer um trabalho juntos e ele me deixou”.

VI – REAÇÕES ESPECÍFICAS DE LUTO POR SUICÍDIO

Os resultados apresentados nessa seção do trabalho referem-se àquelas reações que foram relatadas exclusivamente pelos enlutados por suicídio.

REAÇÃO ESPECÍFICA 1 - ESTIGMATIZAÇÃO

Esta reação diz respeito à forma como o enlutado por suicídio sente-se perante outras pessoas. Relatam sentirem-se julgados e culpados de alguma forma pelo suicídio. Faz-se necessário distinguir essa reação da culpa. A culpa diz respeito ao próprio julgamento; a sensação de ser estigmatizado diz respeito ao julgamento do outro.

Esta reação foi relatada por todos os participantes enlutados por suicídio, com exceção da participante 13. Estes falaram sobre estigma, preconceito, piedade/dó e cobrança das pessoas como se tivessem sido negligentes com seus respectivos familiares. A participante 10 relatou: “As pessoas quando ficam sabendo olham para mim com uma cara de piedade como se eu fosse uma condenada. Como se eu fosse uma pessoa diferente por ter perdido meu marido dessa maneira. Colocam você não como a viúva de uma pessoa que morreu, mas como a viúva de um suicida, sabe? É muito diferente de quando você perde alguém de outro jeito, que não seja por suicídio”. Ela falou também sobre o preconceito que ronda o suicídio: “O que mais incomoda é o preconceito que as pessoas têm. O suicídio não é um assunto que seja comentado, não fazem campanhas de esclarecimento na TV, então as pessoas se chocam”. Ela menciona a culpa que as pessoas imputam ao enlutado por suicídio: “O familiar do suicida por si só já sente culpa. Mas culpa vem não é só de dentro dele não. Parte também de um indivíduo qualquer, que não sabe o que fala, que não tem bom senso e te julga, te cobra”.

O participante 11 expressa: “Eu fico pensando muito no julgamento das pessoas, que vem à cabeça das pessoas quando você fala que teve um irmão que se matou. Por isso eu evito contar isso para as pessoas. É evitar ser alvo do preconceito das pessoas. Várias vezes me peguei imaginando o que os outros imaginam quando ficam sabendo essa história toda”. O participante 12 também relata ter sentido os outros lhe imputando culpa: “As pessoas têm esse olhar crítico, tipo assim, porque será que ele não foi capaz de ajudar o irmão? Ficam botando culpa na gente!”

Uma consideração se faz necessária: A única participante que não relatou essa reação (13) mora numa cidade do interior. Quando ela encontrou o corpo do filho, gritou pela ajuda dos vizinhos. Então todos ficaram sabendo do suicídio, mas segundo ela relata, tiveram uma postura de proximidade e apoio a ela. Talvez o fato de residirem numa cidade do interior, as pessoas da rede social de suporte da participante tenham conseguido oferecer apoio a ela e a sua família. Talvez isso influencie na sua percepção do julgamento e estigma das pessoas.

REAÇÃO ESPECÍFICA 2 – CULPA

A culpa refere-se ao sentimento que os enlutados por suicídio demonstraram em relação ao fato das mortes de seus familiares terem sido autoprovocadas. Demonstraram que se questionam se contribuíram de alguma forma para que a morte acontecesse.

A participante 10 relatou sua sensação de culpa, como se tivesse contribuído com a morte do marido assim: “Eu acho que eu contribuí com a morte dele, fazendo ele não se sentir tão amado. Mas na verdade, eu o amava e muito”. Ela ainda relata a culpa no sentido de sua (suposta) omissão no momento que antecedeu a morte do marido, que teria contribuído com a morte dele: “Eu acho que se eu tivesse entrado lá e segurado a mão dele, tirado a arma dele, ele não estaria morto agora”. “Nos três

primeiros meses passei procurando se eu tinha minha parcela de culpa no que ele fez”. E ela demonstra o quanto é forte a mensagem que o marido deixou - implícita no ato, explícita nas palavras dele (ele disse que ela se arrependeria por não ter acreditado no amor dele): “Se ele tivesse feito isso em outro lugar, sozinho, não na minha frente nem me falando aquilo, talvez eu não me sentisse tão culpada como eu me sinto”. Esta enlutada acredita que poderia ter evitado o suicídio dele: “Eu acredito que eu poderia sim ter evitado a morte dele. Eu não conseguia entender as reações dele, a depressão dele, então eu não agi direito com ele em certos momentos”.

O participante 11 relata que se pegou várias vezes pensando assim: “Se eu tivesse feito algo, não sei o quê, talvez isso não tivesse acontecido”. O participante 12 sente culpa por não ter obrigado o irmão a ir ao médico. Sente-se como se tivesse sido omissos com ele, e seu ato contribuído com o estado difícil do irmão e com a decisão dele se matar: “Se eu tivesse feito ele ir ao médico, mesmo que na marra, uns seis meses antes, eu teria evitado a morte dele”.

Às vezes a culpa pode tornar-se insuportável, necessitando ser projetada a outro membro familiar, conforme foi citado no Cap. 2. Isso foi mencionado pelo participante 11. Ele atesta ter sido culpabilizado pelo próprio pai: “Meu pai me cobrava pelo suicídio do meu irmão. Ele dizia que eu tinha que ter feito algo por ele, que tinha que ter procurado ajudá-lo”. O participante 12 parecia também se referir a uma projeção (e o quanto é insuportável ser alvo da projeção de culpa dos outros), quando disse: “Todo mundo chega para você e fala que você tinha que ter ajudado seu irmão ou porque você não fez nada... eu não agüento isso! As pessoas querendo botar culpa na gente!”.

REAÇÃO ESPECÍFICA 3 – VERGONHA

Todos os participantes desse estudo, enlutados por suicídio relataram essa reação e associam a vergonha ao modo de morte. A participante 10 disse: “Eu sinto vergonha ao contar que ele se matou. As pessoas olham para você como se fosse vergonhoso ter tido alguém na sua família, que se matou. Me sinto muito constrangida, principalmente pelos detalhes da morte dele. Por isso minto sempre. Falo que ele morreu num acidente de carro. Uma vez contei a verdade para uma pessoa, e ela foi engatando uma pergunta na outra. Perguntou onde foi, como foi, porque ele se matou, se tinha alguém perto dele... por isso não conto”.

O participante 11 relatou assim sua vergonha sobre o fato: “Me sinto constrangido sim, em falar na morte dele. Se eu tiver que contar para alguém que eu não conheça muito bem, eu não conto. Tenho vergonha e é pelo fato de ter sido suicídio”.

A participante 13 expressa o motivo de seu sentimento de vergonha: “Fico sem jeito. Se fosse uma morte que a pessoa adoecesse, fosse ficando mal e morresse, tudo bem. Mas não foi o caso do meu filho. E o suicídio, foi ele quem fez, ele planejou. Isso deixa a gente muito constrangida”.

REAÇÃO ESPECÍFICA 4 – BUSCA POR EXPLICAÇÕES SOBRE A MORTE

Essa reação também se mostrou específica para enlutados por suicídio. Refere-se ao comportamento do enlutado de buscar informações sobre a morte de seu ente querido especificamente (se ele estava passando por alguma dificuldade que a família não tinha conhecimento, se ele havia mencionado algo aos amigos, colegas de trabalho/escola, etc) ou em relação ao suicido de forma genérica (os grupos de risco e comportamentos que podem ser sinais de risco), tudo isso com a intenção de

entender as razões que poderiam ter motivado seu familiar a se matar. É uma tentativa de entender o que aconteceu, compreensão essa que pode facilitar no processo de luto.

A participante 10 alega ter empreendido as duas formas de busca por explicação acima citadas. Buscou na ciência: “Busquei muito entender a morte dele. Busquei explicações científicas, pesquisas, livros e Internet. Passei a ler muito sobre suicídio e aprendi muito. Procurei entender o suicídio para tentar entender o que ele sentia, o que o motivou a fazer isso”. Buscou também entender no contexto de vida do falecido: “Procurei a família para saber se alguém sabia de algo a mais que eu não sabia. Foi aí que fiquei sabendo dos vários outros casos de suicídio na família dele [o suicídio é em evento recorrente na família dele, tendo acometido vários membros familiares em diferentes gerações]. Procurei também colegas de trabalho dele para saber como ele estava no trabalho, se havia algum comportamento diferente”.

O participante 11 relatou: “Eu busquei entender sobre dependência química e como esse conjunto de coisas que ele viveu levou-o a ponto de ter tomado a decisão do suicídio. Até hoje tento entender isso”.

O participante 12 alega ter procurado os amigos do irmão para tentar identificar algo a mais sobre ele. Foi o participante que menos empreendeu essa busca e alega isso ao fato do irmão já ter feito duas tentativas de suicídio anteriormente: “Eu já estava meio que prevendo o suicídio dele. Ele fez duas tentativas de suicídio antes, estava depressivo há muito tempo e usava drogas”.

A participante 13 expressou que até hoje busca uma explicação para o que aconteceu com o filho. Fica rememorando o último encontro com ele (na madrugada anterior, quando ele chegou de uma festa e ela ainda estava acordada) e fica

imaginando o que ele pensou, quando ele tomou a decisão de suicidar-se e o que ele sentiu naquela noite.

REAÇÃO ESPECÍFICA 5 - OMISSÃO DA MORTE

Essa reação refere-se ao ato do enlutado omitir às pessoas a morte de seu familiar ou omitir/mentir sobre o modo de morte. Somente os enlutados por suicídio apresentaram esse comportamento.

A única exceção dentre os enlutados por suicídio foi a participante 13, que pelo fato de residir numa pequena cidade do interior e ter buscado ajuda dos vizinhos quando encontrou o corpo do filho, a morte do filho tornou-se uma notícia na cidade. Não havia como omitir a morte, conforme ela mesma disse.

A participante 10 relatou: “Eu não conto que sou viúva. Eu evito contar. Porque as pessoas perguntam: de que jeito seu marido morreu? Aí quando você conta, a pessoa já faz a próxima pergunta... e vai. Quando não tem jeito e eu tenho que contar, falo que ele morreu de acidente de carro e pronto”.

O participante 11 exemplifica essa reação ao relatar o encontro com um amigo dele e do irmão: “Depois que meu irmão se matou, encontrei um amigo nosso. Ele perguntou como estava meu irmão e eu omiti que ele havia morrido para não ter que lidar com o embaraço de explicar o que havia acontecido, para não ter que falar que foi suicídio”.

No próximo capítulo serão discutidos os resultados aqui apresentados. Serão expressas as dificuldades enfrentadas para se realizar esse estudo, a importância de aprofundamento dos conhecimentos sobre o tema, aplicabilidade dessa pesquisa e sugestões para novos estudos.

CAPÍTULO 5: DISCUSSÕES FINAIS E CONCLUSÕES

DISCUSSÕES FINAIS E CONCLUSÕES

Nesse capítulo serão apresentadas as reflexões sobre os resultados obtidos neste estudo, de acordo com o referencial teórico existente sobre o tema. Este estudo possui um caráter exploratório não havendo, portanto, a preocupação de confirmar ou refutar hipóteses ou repetir os resultados encontrados em outras pesquisas.

A proposta inicial do presente estudo exploratório foi verificar as reações de luto mais relatadas pelos participantes a partir do relato de suas experiências, levantando as similaridades e diferenças conforme o modo de morte. Os dados foram obtidos a partir da Entrevista de Avaliação do Luto, que ainda necessita de ajustes antes de aplicações em um maior número de pessoas, para sua validação.

Os participantes do presente estudo relataram reações somáticas que condizem com a literatura consultada (Barret and Scott, 1989; Lindemann, 1944; Parkes, 1998 e OMS, 2000). Quando se observa o tempo de duração dessas reações em relação ao modo de morte, estas demonstraram durar mais tempo e serem mais frequentes no caso dos enlutados por suicídio. Os enlutados por mortes naturais/esperadas são os que relataram essas reações por menos tempo e com menor frequência. Entre os enlutados por mortes naturais/esperadas dois participantes (2 e 5) diferiram dos demais, na duração e frequência das reações. O possível motivo dessa diferença poderia ser a qualidade da relação do participante 2 com o falecido, que era conflituosa. Muller and Thompson (2003) explicam que a qualidade emocional da relação entre falecido e enlutado atua sobre a reação do último à perda.

A participante 5 alegou já estar num processo depressivo e enfrentando problemas familiares quando recebeu a notícia da morte da tia-avó, que foi quem a criou, assumindo efetivamente o papel de figura materna. Uma reação somática

avaliada no GEQ (Barret and Scott, 1989), contração muscular involuntária, só foi relatada por dois participantes (12 e 13), ambos em relação à morte por suicídio.

Os participantes enlutados por mortes acidentais/inesperadas e por suicídio apresentaram maior número de reações gerais do luto (sintomas de ansiedade, depressivos, sensação de vazio, entorpecimento, irritação e esquecimento que o familiar morreu). Apresentaram essas reações por mais tempo que os enlutados por mortes naturais/esperadas. A partir de seus estudos, Reed (1998) aponta que é tão comum o enlutado apresentar sintomas de ansiedade, porque se referem à ansiedade de separação, nesse caso, separação do ente querido que faleceu. Segundo ele, esta reação, assim como o desespero, os sintomas depressivos e até sintomas fóbicos vão atenuando aos poucos até a remissão total. Esse processo gradual de remissão de sintomas foi colocado pela participante 7, em relação à sensação de entorpecimento. Ela relatou a sensação de entorpecimento como uma reação que ela sentiu até seis meses após a morte do marido e que foi passando aos poucos. A idéia de que sintomas passam aos poucos condiz com o que Parkes (1998) observou. Para ele, o luto é um processo que envolve trabalho de luto; as fases e conseqüentes reações não passam ou se resolvem de forma absoluta e definida. As reações tendem a passar aos poucos com o passar do tempo. A forma como os enlutados sentem as reações passarem não foi averiguada neste estudo, mas pode ser interessante foco de estudos futuros, para se conhecer melhor como o processo de luto se desenvolve ao longo do tempo, principalmente na cultura brasileira.

Há reações ligadas ao suporte social do enlutado, que foram apresentadas por todos os participantes, entretanto com sentido diverso conforme o modo de morte. O isolamento do enlutado é uma dessas reações. O isolamento é uma reação unânime quando se perde uma pessoa por morte; faz parte do processo de luto (Seguin, 1995).

Entre os participantes enlutados por mortes naturais/esperadas e acidentais/inesperadas, o isolamento representa um momento dedicado ao morto, onde relembram fatos sobre a morte, o falecido e acontecimentos envolvendo o falecido; momento para chorar, sentir a dor da perda e parece ser necessário para que o enlutado se refaça e processe o luto.

No caso dos participantes enlutados por suicídio, além dessa característica do isolamento, há outras motivações: o estigma e preconceito ligados ao suicídio evocam a vergonha e sensação de culpa no enlutado. Por isso o isolamento é mais severo quando o enlutado perde seu ente querido por suicídio. Há outra característica inerente ao isolamento do enlutado por suicídio, que nesse estudo foi abordada, mas requer maiores estudos, que se refere à *face dupla* do isolamento. Então o isolamento parece ocorrer por parte da rede social de suporte (ou evitação de tocar no assunto da morte) ao mesmo tempo em que ocorre pela parte do enlutado (este retira-se do contato com as pessoas).

Há indícios que nos permitem apontar que nos casos de luto por suicídio, o enlutado se isola mais de sua rede social de suporte, mas parece que o outro lado, a rede social de suporte, também apresenta dificuldades em relação ao assunto, que são percebidas pelo enlutado como se as pessoas estivessem tratando-o diferente, julgando-o pela morte, sendo um motivo a mais para ele se isolar. As dificuldades apontadas pelos participantes deste estudo que as pessoas de suas rede apresentaram, vão desde a pessoa não tocar no assunto da morte ou do suicídio, tocar no assunto de forma indireta até evitar o assunto quando o enlutado toca no assunto. Essas reações das pessoas que compõem a rede social de suporte do enlutado por suicídio condizem com a literatura (OMS, 2000).

Todas essas posturas das pessoas que compõem a rede de suporte do enlutado são vistas por este como comportamentos evitativos das pessoas de sua rede social de suporte. Assim, este pode sentir-se sem escuta quando o assunto é a morte ou o suicídio. Esse ponto requer mais estudos antes de qualquer afirmação.

Outra reação ligada ao suporte social do enlutado refere-se à percepção de constrangimento das pessoas ao dar os pêsames ou tocar no assunto da morte. Os participantes relataram essa percepção, independente do modo de morte; o que muda é a percepção acerca do motivo do constrangimento das pessoas, conforme o modo de morte. Os participantes enlutados por mortes naturais/esperadas e acidentais/inesperadas apontaram como motivo para esse constrangimento das pessoas, a dificuldade que as pessoas têm ao falar sobre morte. Já os enlutados por suicídio atribuem como motivo do constrangimento das pessoas, a dificuldade inerente ao assunto suicídio. Esse é outro ponto que pode ser melhor averiguado em estudos futuros e determinar se o enlutado por suicídio percebe em sua rede social de suporte essa dificuldade inerente ao tema do suicídio, em parte, devido à projeção de sua própria dificuldade com o assunto.

Alguns participantes neste estudo relataram evitar buscar ajuda entre os membros familiares (principalmente família nuclear), alegando a sensação de trazer sofrimento à família se tocam no assunto da morte (OMS, 2000). Seguin et al. (1995) concluíram que o enlutado por suicídio não percebe os membros de sua família como fontes de suporte em potencial, o que aumenta ainda mais o isolamento dos membros dentro da família. Talvez as reações de culpa e responsabilidade influenciem nessa percepção do enlutado acerca de sua família como fonte de suporte. Esse ponto precisa ser melhor investigado para fornecer embasamento teórico para que profissionais de saúde possam promover uma interação da família

nuclear enlutada, com a finalidade de favorecer o apoio entre os membros e facilitar assim, o processo de luto.

Uma reação relatada pelos participantes deste estudo, que parece ser um ponto de apoio e facilitar a aceitação da perda do ente querido, é o alívio. O alívio é compreensível nos casos de morte que acontecem após longos períodos de doença, com presença de dores, procedimentos médicos invasivos e desgaste emocional da família do doente ou quando o falecido estava em idade avançada. Esse tipo de alívio foi relatado neste estudo. Porém o alívio foi relatado também por participantes enlutados por mortes acidentais/inesperadas, devido à preocupação com as seqüelas de um acidente ou AVC severo, e que estes impusessem limitações ao ente querido, se este tivesse sobrevivido.

Os enlutados por suicídio também relataram a sensação de alívio, semelhante ao descrito pelos enlutados por mortes naturais/esperadas. Para esses participantes (enlutados por suicídio) o alívio é associado a um descanso do sofrimento psíquico do ente querido. É necessário ressaltar um ponto comum entre os suicidas em questão nesse estudo - os três estavam deprimidos há alguns anos. Talvez seja devido à depressão dos falecidos, que os respectivos enlutados relataram o alívio associado ao descanso do desespero, do sofrimento, das crises que o ente querido apresentava antes da morte. A doença aqui não é física (como no caso das mortes naturais/esperadas), mas parece ser vista como uma *doença* na alma. Essa característica do alívio, apresentada aqui pelos enlutados por suicídio, pode servir de reflexão para outros estudos e verificar se essa característica permaneceria se o suicida não apresentasse depressão ou quadros semelhantes aos aqui apresentados.

Ainda sobre o alívio, o participante 11 levantou uma questão importante: a sensação de alívio no caso dele, foi interferida pela sensação de culpa. A participante

13 relatou a sensação de alívio do filho falecido, mas não dela. Talvez quanto maior a sensação de culpa, mais difícil seja o enlutado sentir a sensação de alívio. Estudos são essenciais para averiguar a reação de alívio, que pode ser uma reação fundamental no processo de aceitação da morte, e conseqüentemente, na resolução adequada e saudável do processo de luto.

A sensação de abandono foi relatada de forma semelhante pelos participantes: a ausência do ente querido falecido parece ser sentida pelo enlutado como se tivesse sido abandonado, deixado pelo falecido. Entre os enlutados por suicídio, foi observada uma característica a mais: a idéia que o suicida buscou a própria morte dá ao enlutado a sensação de que o suicida podia escolher entre continuar vivendo ou morrer. A suposta *escolha* pela morte parece aumentar a sensação de abandono no enlutado.

Quatro das cinco reações específicas de luto por suicídio foram relatadas pelos participantes desse estudo de forma interligada: a estigmatização, a culpa, a vergonha e a omissão da morte ou do modo de morte. A estigmatização refere-se ao julgamento do outro e a culpa refere-se ao próprio julgamento. As duas reações levam o enlutado por suicídio a sentir-se julgado duplamente (pelo outro e por ele mesmo), reforçando a idéia de que negligenciou ou provocou a morte de seu ente querido. A vergonha ao tocar no assunto da morte ou no modo de morte é um reflexo desses sentimentos. A omissão da morte e do modo de morte parecem ser o comportamento observável/externo do enlutado, que reflete a necessidade de evitar estigmatização, vergonha e culpa, já descritas. Seguin et al. (1995) postulam que o estigma e a vergonha que o enlutado por suicídio sente ao tocar no assunto pode explicar a queixa de participantes de suas pesquisas sobre o suporte social. Observaram que essas pessoas reclamavam do pouco apoio oferecido pelas suas

redes de suporte, mesmo quando quantitativamente o suporte social estava presente e disponível.

A busca por explicação foi considerada uma reação específica de luto por suicídio. Refere-se a comportamentos ativos do enlutado no sentido de entender a morte e o contexto, tais como: buscar informações em livros, Internet, conversar com profissionais de saúde que estivesse atendendo o falecido antes da morte e buscar informações adicionais com amigos e outros familiares do falecido. Para avaliar essa reação, a primeira pergunta feita aos enlutados que participaram da pesquisa foi: “Você buscou explicações para o que aconteceu? É interessante observar a diferença na percepção e compreensão do sentido dessa pergunta. Somente três enlutados, todos por mortes naturais/esperadas, responderam positivo à pergunta, além dos enlutados por suicídio. Estes últimos, conforme os dados apresentados no capítulo anterior, empreenderam essa busca para entender a motivação do familiar para se matar. Isso parece ser uma tentativa de facilitar o processo de luto. Entre os enlutados por mortes naturais/esperadas que responderam positivo a essa mesma pergunta, a busca de explicações aconteceu de forma diferente. Não empreenderam nenhum comportamento ativo (conversar com médicos, profissionais de saúde, ler livros, etc). O que eles entenderam por “busca de explicação” refere-se a um processo mais introspectivo, de pensar sobre a morte do familiar, ou uma busca de sentido espiritual/religioso. A participante 3 expressa isso: “Na verdade foi uma busca espiritual. Eu ficava pensando que ela foi para algum lugar... é no sentido transcendental”. A participante 4 (cujo marido faleceu após uma doença rara) alega ter buscado informações na Internet e com médicos sobre a doença quando ele ainda estava vivo. Após a morte não se perguntou mais sobre isso.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS REAÇÕES CULPA E RESPONSABILIDADE

A sensação de responsabilidade foi caracterizada anteriormente neste estudo como uma reação do luto que se refere ao sentimento de arrependimento do enlutado por ter dito ou feito, ou não ter dito ou não ter feito algo em relação ao ente querido enquanto este estava vivo. Entretanto, uma retificação será feita adiante, após a discussão sobre essa reação.

Nos relatos dos participantes neste estudo foi possível observar o caráter de arrependimento pelo que se fez ou deixou de fazer ao ente querido. Relataram que se tivessem oportunidade novamente, teriam outra atitude. Em relação aos participantes enlutados por suicídio, uma diferença significativa surgiu nos relatos: além da característica acima, os participantes que relataram essa reação, associaram-na a comportamentos que se eles tivessem emitido ou deixado de emitir, seu ente querido não teria se matado. Citando exemplos, essa diferença mostra-se mais clara. A participante 4 (morte natural/esperada) respondeu a essa pergunta da entrevista: “Eu teria evitado as briguinhas bobas, pequenas mesmo que tivemos [entre ela e o marido falecido]”. Já a participante 10 respondeu assim: “Se eu tivesse entrado lá [no banheiro, onde o marido estava no momento do suicídio] e segurado a mão dele, tirado a arma dele, ele não teria se matado”. Parece haver uma *proximidade* no significado de culpa e responsabilidade no relato dos enlutados por suicídio, ou seja, quando falavam sobre a sensação de responsabilidade pela morte, traziam também o arrependimento (reação de culpa) por não ter feito algo, que poderia ter evitado o suicídio. Essa proximidade entre responsabilidade e culpa pode ter aparecido nesse estudo dessa forma devido à confusão dos conceitos no momento de elaboração da entrevista ou pode realmente ser uma característica do modo de morte.

Sobre as reações Responsabilidade e Culpa, faz-se necessária uma discussão a mais, a título de esclarecimento e retificação. Os conceitos dessas duas reações não foram devidamente observados à época da construção da entrevista. Isso gerou uma confusão entre os conceitos que nortearam a elaboração das perguntas dos dois respectivos módulos da Entrevista de Avaliação do Luto.

A reação de responsabilidade foi conceitualizada ao longo desse trabalho como uma reação que se refere a pequenos arrependimentos do enlutado sobre o que disse ou fez, ou não disse ou não fez, em relação ao falecido antes de sua morte. A culpa foi conceitualizada como uma reação que se refere à sensação do enlutado ter contribuído para que a morte acontecesse ou por não tê-la evitado. Entretanto, ao retornar aos conceitos de (Barret and Scott, 1989; Bailey et al. 2000) sobre essas duas reações, constatamos que nesse estudo, os conceitos ficaram equivocados. Barret and Scott (1989) nomeiam Culpa como “auto-reprovação, que é uma reação comum entre enlutados. A sensação de culpa diz respeito a coisas ditas ou feitas, ou *não* [grifo dos autores] ditas ou não feitas ao falecido, antes da morte” (pp. 204). Ao analisar as perguntas do GEQ referentes a esta reação, pode-se perceber que esses pequenos arrependimentos do enlutado dizem respeito ao relacionamento entre enlutado e falecido e não necessariamente a algo dito ou feito ao falecido que possa ter tido participação na morte. Eles esclarecem que esta culpa não se refere àquela experienciada no luto por suicídio. Talvez por isso, eles tenham proposto o outro conceito, o de Responsabilidade, para distinguir estas duas reações no caso do luto por suicídio.

O conceito de Responsabilidade proposto por Barret and Scott (1989) refere-se à sensação do enlutado de ter tido alguma responsabilidade na morte do falecido. Eles postulam que essa reação é um das mais difíceis reações enfrentadas pelo

enlutado por suicídio, que acredita que de alguma forma, esteve diretamente envolvido na causa da morte. Além disso, enlutados por suicídio “acreditam que deveriam ter percebido que seu ente querido tinha a intenção de se matar” (pp. 205). Talvez o enlutado por suicídio sinta sua falta de percepção como negligência com seu ente querido, e isso dê origem à sensação de ter tido responsabilidade na morte. Barret and Scott (1989) parecem indicar que o enlutado por suicídio apresenta a sensação de responsabilidade por algo feito ao falecido que tenha influenciado em sua morte (Ex.: item 33 – Sentiu que você fazia essa pessoa infeliz muito antes de sua morte?) ou/e por não ter percebido a intenção de se matar de seu ente querido (Ex.: item 34 – Sentiu que você não percebeu os primeiros sinais que indicavam que esta pessoa não permaneceria viva por muito tempo?). Os relatos dos enlutados por suicídio neste estudo condizem que o que Thornton et al. (1989) também encontraram em suas pesquisas: “enlutados por suicídio são mais propensos a abraçar a responsabilidade pela morte do que enlutados cuja causa da morte foram doenças, por exemplo” (pp. 124).

Retificamos aqui que onde se lê Culpa nos capítulos anteriores, como reação específica de luto por suicídio, na verdade é a reação de Responsabilidade (sensação de ter tido alguma responsabilidade na morte do ente querido), como acima descrito. Onde se lê Responsabilidade, na verdade são apresentadas as reações de Culpa (pelo que foi dito ou feito ou não dito ou não feito ao longo de seu convívio com o falecido).

Não houve danos significativos nesse estudo devido à falta de clareza desses dois conceitos, já que as perguntas referentes a essas duas reações foram feitas aos participantes. Na apresentação dos resultados é que a confusão dos conceitos causou esse contratempo, mas contornável.

DIFICULDADES ENFRENTADAS NESSE ESTUDO

Um problema enfrentado durante a realização deste estudo refere-se ao baixo índice de participação das pessoas. O tema deste estudo envolve difíceis lembranças e reflexões, normalmente evitadas pelo ser humano: perda, morte, suicídio. Talvez o tema influencie, dificultando ainda mais a participação das pessoas. Outros estudiosos do assunto (Vargas et al., 1989; Ness and Pfeffer, 1990) relatam também essa dificuldade em pesquisas que realizaram, chegando a somente 25% de participação. Mesmo em estudos muito bem planejados, o baixo índice de participação das pessoas pode tornar mais difíceis estudos futuros, com grandes amostras, de forma que seja possível buscar a generalização destes resultados.

Outro aspecto importante sobre participação em pesquisas, refere-se a grande diferença das taxas de participação entre mulheres e homens. Farberow et al. (1990) realizaram uma pesquisa, onde essa diferença apareceu. Dividiram os participantes em dois grupos: o primeiro era composto por enlutados por suicídio, sendo 88 mulheres e 20 homens. O segundo grupo era composto por enlutados por mortes naturais e era composto por 104 mulheres e 95 homens. Essa diferença nos números entre mulheres e homens evoca cautela ao atribuir diferenças no processo de luto quanto ao sexo. Reed (1998) acredita que homens e mulheres experimentam o luto de maneira diferente. Ele postula que homens enlutados tendem a evitar a dor da perda negando-a e evitando pensamentos e emoções relacionados ao assunto. Segundo ele, o homem se comportar como se não tivesse sido acometido por uma perda significativa é uma tentativa de manter o autocontrole frente à dor da perda. Talvez esse seja mais um motivo da baixa adesão masculina a esse tipo de pesquisa.

A forma como o enlutado processa o luto é também influenciada pela cultura. Neste estudo, duas das três viúvas entrevistadas relataram a mesma

dificuldade no luto: a cobrança das pessoas sobre seus comportamentos após a morte de seus maridos. Estas duas viúvas relataram sentir-se julgadas pelos outros quando retomaram atividades corriqueiras em suas vidas. Uma delas disse: “É como se houvesse um padrão de comportamento para a viúva, em que ela tivesse que cultuar a memória do marido morto pelo resto de sua vida”. Ela chegou a questionar se existe um tempo adequado para a viúva ficar em casa chorando a morte do marido, sem sair de casa, sem “ter o direito de rever os amigos num barzinho e sorrir um pouco”. Elas colocam que se espera que o enlutado siga em frente com a vida, mas à viúva é permitido somente se esse “seguir em frente” for pautado pela tristeza, ou seja, sem demonstrações de alegria. Uma delas relatou: “querem que eu refaça a vida, mas sem um namorado. Isso é refazer a vida? Nunca mais vou poder ter outra pessoa?”. Não é possível generalizar esse dado, já que somente três viúvas foram entrevistadas. Nem tão pouco é possível saber se homens viúvos também apresentariam essa queixa. Mas seria muito esclarecedor um estudo sobre esse ponto e levantar questões de gênero e de cultura que podem influenciar nesse aspecto do luto dos cônjuges.

Outra sugestão para futuros estudos, seriam aqueles longitudinais (follow-up), sobre o luto. Estudos que utilizassem esse método poderiam levantar os índices de resolução do luto normal e patológico, associado às características do enlutado, idade, qualidade da relação entre enlutado e falecido, saúde mental prévia do enlutado e gênero na nossa população (Reed, 1998). Um estudo com esse delineamento poderia controlar a variável tempo de luto de todos os participantes.

A ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DO LUTO

A Entrevista de Avaliação de Luto foi utilizada neste estudo, com o intuito de avaliar as reações de luto, considerando as similaridades e especificidades entre os enlutados por diferentes modos de morte. São necessários vários ajustes em um processo de revisão dos itens e verificação da formulação das perguntas da entrevista. Ainda será necessário submetê-la a um processo de validação, para seu uso na obtenção de dados. Após esse processo, a presente entrevista pode revelar-se importante instrumento em estudos, que se proponham a entender melhor as reações do enlutado brasileiro, principalmente os enlutados por suicídio. A entrevista pode também ser útil na avaliação de enlutados, no âmbito clínico, por psicólogos.

Tavares (2000) postula sobre o poder da entrevista clínica para facilitar a percepção do entrevistado sobre si mesmo, suas relações com os outros e seus sentimentos. Dos 13 participantes deste estudo, 6 relataram perceber algo novo sobre seus sentimentos em relação à perda do ente querido durante ou após a aplicação da entrevista e estabeleceram a relação entre algumas de suas reações/sintomas à morte do familiar, que antes não haviam estabelecido. Um dos participantes percebeu durante a aplicação da entrevista a necessidade de averiguar melhor seus sentimentos em relação ao falecido, reconhecendo que a natureza conflituosa da relação entre eles deixou algumas dificuldades na vivência do luto. Destes 6 participantes, 3 relataram espontaneamente a sensação de bem-estar e “efeito curativo”, que sentiram ao término da entrevista, por terem falado sobre suas reações à perda e sentimentos em relação ao falecido.

A aplicação da entrevista, por oferecer um espaço para se lembrar e falar sobre o falecido, as perdas decorrentes com a morte e as reações de luto, parece ter um “efeito” para os participantes. O participante 2, que perdeu o pai devido à

tuberculose e costumava imputar aos irmãos os cuidados com o pai (a relação entre eles era conflituosa) disse: “Por conta dele beber tanto, a gente sofria muito.... Eu sempre falo a gente, eu nunca falo *eu sofri!* Agora, aqui nessa conversa sobre ele, eu estou começando a achar que o problema é meu. Mas até esse momento, eu achava que era um problema dos meus irmãos e da minha mãe, porque eu não sentia a morte dele...Eu respondi ali atrás achando que não senti a morte dele, mas depois dessa discussão sobre a morte dele, a gente vai digerindo um monte de coisas, porque uma resposta que eu dou influencia na resposta seguinte. Antigamente eu falava pros meus irmãos: porque vocês não cuidaram do seu pai melhor? Como se eu não tivesse nada a ver com isso!”

Ainda são necessárias mudanças e adaptações na entrevista. Após as aplicações da entrevista neste estudo, a pesquisadora constatou que a forma como algumas perguntas foram elaboradas podem não atingir o objetivo, se o aplicador não tiver clara a motivação destas perguntas, ou seja, o que se pretende avaliar com cada pergunta e módulo de perguntas. Após essas alterações, pretende-se trabalhar o processo de validação da entrevista para que ela venha a constituir em um instrumento útil de avaliação do processo de luto para profissionais e para pesquisas futuras.

Conforme Tavares (2000b), a entrevista clínica semi-estruturada aumenta a validade do diagnóstico dado ao paciente. Neste caso, a Entrevista de Avaliação do Luto, após reformulações, poderia ser útil instrumento para psicólogos clínicos avaliarem o luto de pacientes e identificarem sinais da presença de luto patológico. Outra vantagem atribuída à entrevista clínica semi-estruturada por Tavares (2000b) é “aumentar a qualidade das pesquisas que requerem uma maior precisão de classificação diagnóstica” (pp. 76), como na clínica, por exemplo. Nesse sentido, a

Entrevista de Avaliação do Luto deverá passar pelo processo de validação, e então será importante instrumento de pesquisa.

No Brasil, ainda não temos um instrumento que avalie o luto por suicídio. Entendemos que esta entrevista representa o primeiro passo em direção à construção de um instrumento com esse propósito na cultura brasileira. Entre as reformulações que a Entrevista de Avaliação do Luto deve sofrer, está o refinamento da linguagem utilizada nas instruções para os aplicadores, e nas questões a serem feitas aos entrevistados. O intuito é diminuir ambigüidades, o que pode gerar falta de compreensão ou compreensão errônea por parte do entrevistado sobre os tópicos abordados.

A Entrevista de Avaliação do Luto apresenta uma característica, citada por Tavares (2000b) ao discorrer sobre a forma de estruturação da SCID. A entrevista utilizada nesse estudo, como a SCID, é estruturada em módulos, que permitem o entrevistador ou clínico selecionar somente um ou alguns módulos de interesse, conforme aquilo que se quer investigar junto ao paciente, e não submetê-lo à entrevista inteira. Se o clínico suspeitar, por exemplo, que o suporte social do enlutado (principalmente o enlutado por suicídio) está comprometido, ele pode selecionar esse módulo na entrevista e utilizá-lo para uma avaliação mais ágil desta dimensão específica do luto.

Há várias sugestões de formulações, sendo a primeira já no módulo de reações somáticas. Deve-se perguntar ao enlutado se há alguma outra reação que a entrevista não explora, mas que foi apresentada por este após a morte. Alguns participantes relataram reações que a entrevista não explorou: alteração da pressão sanguínea, seborréia e o surgimento de sintomas de uma doença hereditária nas pernas. Talvez esse módulo receba o título *Reações Psicossomáticas* e o módulo

Reações Gerais do Luto, receba o título *Reações Psicológicas*. Estes novos nomes para estas categorias parecem refletir, de modo mais adequado, os conceitos que representam, do que aqueles originalmente propostos por Barret and Scott (1989).

Há o interesse na entrevista de acessar o que o enlutado considera apoio durante o luto. Mostrou-se necessário criar um módulo específico para avaliar apoio, unindo as perguntas 2.5 (que questiona o que auxiliou o enlutado em momentos de desespero) e 4.2 (que questiona o que o enlutado considera apoio). A criação desse módulo, que poderia receber o título de *Apoio ao enlutado*, possibilitaria acessar o que o enlutado, em nossa cultura, considera apoio.

Uma reação relacionada ao luto por suicídio, largamente citada em artigos (Vargas et al., 1989; Bailey et al., 2000; Ellenbogen and Gratton, 2001; Farberow et al., 1992), que não foi abordada na entrevista é a raiva. Enlutados por suicídio tendem a sentir raiva do familiar que se matou. Essa reação de luto será incluída na próxima versão da Entrevista de Avaliação do Luto.

Os módulos referentes às reações de Culpa e Responsabilidade precisam ter as perguntas reformuladas, revisadas e re-distribuídas, sendo necessário retornar aos conceitos de cada reação. Antes disso, consideramos importante uma ampla revisão dos conceitos Responsabilidade e Culpa, conforme propostos por Barret and Scott (1989), principalmente contrastando-os ao que se entende por estes conceitos em psicologia clínica, em especial, pelas abordagens psicodinâmica e psicanalítica, nas quais existem amplas discussões sobre o tema.

O LUTO DO ENLUTADO POR SUICÍDIO

O tema morte mostrou-se neste estudo como tema tabu significativo em nossa cultura, afetando a vidas dos enlutados que participaram deste estudo. Vários deles

citaram a dificuldade das pessoas à sua volta e constrangimento quando estes tentaram falar e dividir a sua dor decorrente da perda, a dor trazida pela morte. Parece que ao enlutado é imputado castigo duplo: vivenciar a perda do ente querido e ainda manter para si essa dor, já que as pessoas têm dificuldade em ouvir o enlutado sobre esse assunto. Quando a morte por suicídio, esta toma ares ainda mais sombrios e o enlutado se vê ainda mais enclausurado em sua dor, com uma recusa de sua rede social de suporte para tocar no assunto. Isso parece acontecer na maioria das vezes.

Essa recusa em tocar no assunto e compartilhar o choro da perda parte também do enlutado. Conforme os dados apresentados e os estudiosos do assunto já citados (OMS, 2000; Reed, 1998; Seguin et al., 1995), esse silêncio mútuo é influenciado pelo tabu, estigma e vergonha. Entretanto há momentos em que o enlutado se dispõe e reconhece a necessidade de falar sobre sua vivência, sobre a morte, sua sensação de perda e seu horror frente ao suicídio. Mas nesses momentos é difícil encontrar uma escuta que consiga lidar com o tema.

É fundamental que a rede social de suporte e o apoio disponibilizado para o enlutado por suicídio sejam melhor compreendidos. Neste estudo, a participante 13 forneceu um dado que pode ser de extrema importância para justificar estudos futuros dessa natureza. Ela não relatou vergonha, omissão do modo de morte, nem sensação de estar sendo estigmatizada devido ao modo de morte. Essa participante apresentou alguns diferenciais importantes que precisam ser ressaltados. Um deles refere-se ao fato dessa participante residir em uma cidade típica de interior, onde a maioria dos vizinhos, amigos, parentes e companheiros do grupo religioso que ela frequenta ficaram sabendo do suicídio do filho dela. Foi a ajuda dos vizinhos que ela requisitou quando encontrou o filho morto em casa. Talvez haja uma diferença resultante de contrastes culturais entre cidades do interior e grandes centros urbanos.

Ela relatou ter recebido apoio dessas pessoas e contou que se organizaram de forma que todos os dias ela tivesse a companhia de alguma dessas pessoas. Esse apoio parece, no caso dela, ter influenciado no não aparecimento dessas reações típicas do enlutado por suicídio (estigmatização, vergonha e omissão do modo de morte). Outro diferencial importante diz respeito ao fato desta participante já estar em depressão quando o filho se matou e sua rede social de suporte já sabia deste quadro depressivo, o que pode ter sensibilizado mais as pessoas à sua volta para lhe prestarem apoio. Esta enlutada por suicídio não recorreu ao silêncio sobre a morte do filho, nem tão pouco fez do fato um segredo. Essa postura pode ter facilitado uma dificuldade das pessoas que compõem sua rede social de suporte, tão comum quando a morte é por suicídio: a evitação do assunto e o não saber o que dizer ou como ajudar o enlutado por suicídio.

O caso dessa participante (13) pode dar indícios da importância do suporte social ao enlutado por suicídio. Pode demonstrar a força que o apoio possui no sentido de amenizar reações como a estigmatização, por exemplo, que o enlutado pode sentir e por isso omitir a morte do falecido se o contexto for outro. Parece que a rede social de suporte dela foi efetiva nesse sentido. É essencial que pesquisadores e profissionais de saúde entendam o que pode ser oferecido como apoio aos enlutados por suicídio e como disponibilizar esse apoio.

Outro ponto a ser pesquisado ainda refere-se a levantar entre os enlutados, principalmente os enlutados por suicídio, quais são os fatores que auxiliam no processo de luto. Poderia ser possível observar se, nos casos em que o luto é resolvido de forma mais eficaz, haveria a influência do suporte recebido pelo enlutado. Um estudo dessa natureza com enlutados por suicídio seria muito valioso para a formulação dos grupos de suporte a esses enlutados (OMS, 2000).

É necessário levantar o que influencia na resiliência dos enlutados durante o luto, em especial, os enlutados por suicídio, ou seja, o que os protege contra o desenvolvimento de transtornos de humor, de ansiedade, abuso de álcool e drogas, assim como o que os protege da idéia de também se matarem. Seria igualmente importante comparar porque alguns enlutados desenvolvem o luto patológico enquanto outros passam com menor dificuldade pela experiência da perda por morte. A literatura (OMS, 2000) aponta que o fato de um indivíduo ter sido exposto a um suicídio na sua família merece atenção especial, já que esta pessoa também entra para o grupo de risco. Estudos dessa natureza na cultura brasileira são necessários na formulação de modelos de suporte aos enlutados por suicídio e de prevenção de novos suicídios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso reconhecer a necessidade e urgência de maior atenção aos enlutados por suicídio. Isso significa que são necessárias mais pesquisas, melhor preparo dos profissionais de saúde, formação de grupos de suporte aos enlutados por suicídio e campanhas de esclarecimento direcionadas ao público em geral. Knieper (1999) alerta para os números que envolvem o suicídio e toma como exemplo as estatísticas do National Center for Health Statistics (NCHS). O NCHS levantou que nos EUA, no ano de 1996, 30.000 americanos cometeram suicídio. O suicídio ocupava naquela época, a nona causa de morte nos EUA. A Organização Mundial de Saúde afirma que para suicídio consumado, em torno de seis pessoas são *severamente* afetadas. Estas, entre outras estatísticas sobre o suicídio, apontam dados alarmantes.

Alguns dados obtidos no presente estudo expõem a necessidade de intervenção junto a pessoas enlutadas por suicídio, mas também junto àquelas com

ideação suicida, como medidas de prevenção do suicídio. Ao entrevistar os enlutados por suicídio, foi possível constatar que as três pessoas que se mataram (familiares dos participantes 10, 11, 12 e 13) estavam deprimidos antes de suas mortes. Os falecidos dos participantes 10, 12 e 13 haviam feito duas tentativas de suicídio prévias cada um. Dos três falecidos por suicídio, dois (familiares dos part. 11, 12 e 13) haviam feito tratamento com psiquiatra e psicólogo, mas haviam interrompido o tratamento. Um deles (falecido do part. 10) negava-se a procurar o tratamento recomendado. O falecido dos participantes 11 e 13 até chegou a fazer um tratamento, devido ao uso de drogas, que foi abandonado por ele. Ele não chegou a procurar tratamento para a depressão e recusava tratamento psiquiátrico e psicológico.

Os profissionais de saúde precisam questionar abertamente o paciente se este apresenta pensamentos sobre se matar e precisam estar melhor qualificados para lidar com esses pacientes. Outro ponto que merece atenção refere-se ao histórico familiar no que diz respeito ao suicídio. O falecido da participante 10, vinha de uma família com vários suicídios, consumados na família. O falecido do participante 11 era o 2º caso de suicídio na família, fato que o participante desse estudo (11) só tomou conhecimento no velório do irmão. Na família dos participantes 12 e 13, não foram relatados casos de suicídio anteriores, mas um familiar destes já tentou se matar várias vezes. Krysinska (2003) cita conclusões de um estudo em que 30% dos participantes enlutados por suicídio, tinham uma estória de comportamentos suicidas em suas famílias (tentativas ou suicídios consumados), ou seja, não era o primeiro suicídio na família que eles experienciavam. Correa et al.. (2004) postulam que há vulnerabilidades genéticas para o suicídio, sendo de suma importância uma investigação genética na família de suicidas. Estudar o histórico familiar de suicidas merece pesquisas que elucidem a ligação entre suicídios na família e comportamento

futuro dos outros membros familiares, o que permite fortalecer medidas de prevenção de novos suicídios nessas famílias.

Krysinska (2003) expõe a dificuldade de implantação de programas de atenção ao enlutado por suicídio: dificuldades políticas e sócio-econômicas; falta de conscientização acerca da necessidade de intervenções e interferências religiosas e culturais (Ex.: o suicídio ainda é visto em muitos países como um pecado contra a vida). É necessário considerar o assunto como um sério problema epidemiológico. Os países com programas de suporte ao enlutado por suicídio em funcionamento mais citados são os Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Austrália.

Neste estudo não foram apresentados todos os resultados obtidos a partir da entrevista. Optou-se por focar as reações que todos enlutados apresentaram, aquelas reações só apresentadas pelo enlutados por suicido e outras reações que a maioria dos participantes apresentaram. A Entrevista de Avaliação do Luto aborda vários outros aspectos do luto que não foram explicitamente tomados como objeto desse estudo; apresentá-los todos não seria possível devido aos limites que impõem a necessidade de um recorte que oriente o aprofundamento teórico e clínico deste trabalho. Apesar dos resultados desse estudo não serem conclusivos, já que este estudo é exploratório, e não podermos generalizar, podem ser úteis a clínicos que trabalham com enlutados e a pesquisadores que desejam aprofundar o conhecimento sobre o tema.

Os resultados obtidos neste estudo poderão fornecer algum embasamento clínico inicial para a formação de grupos de suporte a enlutados, em especial a enlutados por suicídio, assim como constituem um passo importante no processo de construção da Entrevista de Avaliação de Luto, desenvolvida para este estudo. Por outro lado, a formação de grupos de enlutados, assim como já ocorre em outros

países (OMS, 2000), se constituem como incentivos no Brasil a partir das novas portarias do Ministério da Saúde, referentes à prevenção do suicídio. A organização e condução desses grupos poderá ser nova e rica fonte de informações e pesquisas que irão contribuir de maneira especial para o desenvolvimento da área.

Finalmente, faz-se necessário refletir e dividir essa experiência de compartilhar sentimentos tão dolorosos e reações muitas vezes difíceis para o enlutado acerca de sua dor, resultado da perda de um ente querido. O pesquisador não consegue (e nem pode) colocar em suspensão seu lado humano durante um estudo dessa natureza. Por isso, é preciso estar consciente acerca de suas próprias perdas e muitas vezes, lembrar sua dor advinda dessas perdas, para conseguir compreender e respeitar a dor de cada enlutado entrevistado. É preciso ser capaz de acolher o enlutado com muita humanidade e respeito, por sua perda, por sua dor e por suas dificuldades durante o luto. É preciso compreender e aceitar uma função que é inerente a todo pesquisador que lida diretamente com o ser humano, que vai além de construir o conhecimento ou uma teoria: a função social e humana de detectar problemas de adaptação após a morte e fornecer apoio ao enlutado, proporcionando encaminhamento a atendimento profissional. O participante de uma pesquisa dessa natureza deve receber conforto e apoio em contrapartida, quando necessário.

Como pesquisadora e como ser humano, também suscetível a perdas dessa natureza, pude perceber em vários momentos ao longo deste trabalho, meu encantamento com a capacidade de superação do ser humano frente a uma perda e a possibilidade de transformar a dor decorrente dessa experiência em “competência emocional” para lidar e superar situações difíceis no futuro.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Ariès, P. (2003) **História da morte no ocidente**. Editora Ediouro. Rio de Janeiro. Tradutora Priscila Viana Siqueira.
- Bailey, S; Dunham, K.; Kral, M. (2000) **Factor structure of the Grief Experience Questionnaire** . In: Death Studies, Vol. 24, Num.8, pp. 721
- Bardin, L. (1977) **Análise de conteúdo**. Edições 70. Tradução Luís Antero Reto.
- Barret, T.; Scott, T. (1989) **Development of the Grief Experience Questionnaire**. In: Suicide & Life – Threatening Behavior, Vol. 19, Num.2.
- Callahan, J. (2000) **Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants**. In: Suicide & Life – Threatening Behavior, Vol. 30, Iss. 2, pp. 104-124.
- Correa, H.; Campi-Azevedo, A.; De Marco, L.; Bóson,W.; Viana, M.; Guimarães,M.; Costa, E.; Miranda, M.; Romano-Silva,M. (2004) **Familiar suicide behavior: association with probands suicide attempt characteristics and 5-HTTLPR polymorphism**. In: Acta Psychiatry Journal.
- Cortes, S. M. (1998) **Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados**. In: Cadernos de sociologia, Porto Alegre, v. 9, p. 11-47.
- Elias, N. (1982) **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro, Editor Jorge Zahar. Tradução: Plínio Dentzien.
- Ellenbogen, S.; Gratton, F. (2001) **Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors to other survivors**. In: Suicide & Life – Threatening Behavior, Vol. 31, Iss. 1, pp. 83-90
- Farberow, N.; Gallagher-Thompson, D.; Gilewski, M.; Thompson, L. (1992) **Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides**. In: Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol. 47, N. 6, pp. 357-366.
- Fonseca, J. P. (2004) **Luto antecipatório**. Editora Livro Pleno. Campinas.
- Franco, M.L. (2003) **Análise de conteúdo**. Série Pesquisa em educação. Editora Plano. Brasília.
- Freud, S. (1915) **Reflexões para os tempos de guerra e morte**. In.: Obras completas. Editora Imago. Vol. XIV.
- _____ (1917) **Luto e melancolia**. In.: Obras completas. Editora Imago. Vol. XIV

Henderson, J., Hayslip, B.; King, J.(2004) **The relationship between adjustment and bereavement related distress: a longitudinal study.** In: Journal of Mental Health Counseling Alexandria. Vol. 26, Iss. 2; pp. 98-124.

Horowitz, M.; Siegel, B.; Holen, A.; Bonano, G. (1997) **Diagnostic criteria for complicated grief disorder.** In: The American Journal of Psychiatry, Vol. 154, Uss. 7, pp. 904 – 910.

Jordan, J. (2001) **Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature.** In: Suicide & Life – Threatening Behavior, Vol. 31, Iss. 1, pp. 91-102.

Knieper, A. (1999) **The suicide survivor's grief and recovery.** In: Suicide & Life – Threatening Behavior, Vol. 29, Iss. 4, pp. 353-364.

Krysinska, K. (2003) **Loss by suicide: A risk factor for suicidal behavior.** In: Journal of Psychological Nursing & Mental Health Services. Vol. 41, Iss. 7, pp. 34-38.

Lindemann, E.(1944) **Symptomatology and management of acute grief.** In: American Journal of Psychiatry, **May** 15-18, pp. 141-148.

Lundin, T. (1984a) **Morbidity following sudden and unexpected bereavement.** In: British Journal of Psychiatry, Vol. 144, pp. 84-88.

_____ (1984b) **Long term outcome of bereavement.** In: British Journal of Psychiatry, 145, pp. 424-428.

Muller, E.; Thompson, C. (2003) **The experience of grief after bereavement: A phenomenological study with implications for mental health counseling.** In: Journal of Mental Health Counseling Alexandria, Vol. 25, Iss. 3, pp. 183 – 203

Neimeyer, R.; Prigerson, H.; Davies, B. (2002) **Mourning and meaning.** In: The American Behavioral Scientist Thousand Oaks, Vol. 46, Iss.2, pp.235-251.

Ness, D.; Pfeffer, C. (1990) **Sequelae of bereavement resulting from suicide.** In: American Journal of Psychiatry, Vol. 147, pp. 279-285.

Oates, M. (2003) **Understanding the grief process: A first step to helping bereaved clients.** In: TCA journal Austin, Vol. 31, Iss. 1, pp. 29-33.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2000) **How to start survivors groups.** Genebra.

Osman, A.; Gutierrez, P. (1998) **The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: development and validation.** In: Psychological Reports, Vol. 82, pp. 783-793.

Osman, A. Gutierrez, P.; Muehlenkamp, J.; Dix, R.; Barrios, F.; Kopper, B. (2004) **Suicide Resilience Inventory: Development and preliminary psychometric properties.** In: Psychological Reports, Vol. 94, pp. 1349-1360.

Parkes, C. (1996) **Recent bereavement as a cause of mental illness.** In: British Journal of Psychiatry, 110, pp. 198.

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

Prigerson, H.; Bridge, J.; Maciejewski, P.; Beery, L. (1999) **Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults.** In: The American Journal of Psychiatry, Vol. 156, Iss. 12, pp. 1994-1995.

Reed, M.; Greenwald, J.(1991) **Survivor victim status, attachment and sudden death bereavement.** In: Suicide and Life – Threatening Behavior, Vol. 21, pp. 385-401.

Reed, M. (1998) **Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved.** In: Suicide & Life – Threatening Behavior, Vol. 28, Num. 3, pp. 285-301.

Seguin, M.; Lesage, A.; Kiely, M. (1995) **Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study.** In: Suicide & Life – Threatening Behavior, Vol. 25, Iss. 4, pp. 489-499.

Tavares, M. (1997) **Notas de orientação para procedimentos de adaptação, padronização e validação de instrumentos de avaliação psicológica.**

_____ (2000a) **A entrevista clínica.** In: Cunha, J.A. *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: ArtMed Editora, pp. 45-56.

_____ (2000b) **A entrevista estruturada para o DSM-IV.** In.: Cunha, J.A. *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: ArtMed Editora, pp. 75-87.

Thorton, G.; Whittemore, K.; Robertson, D. (1989) **Evaluation of people bereaved by suicide.** In: Death Studies, Vol. 13, pp. 119-126.

Vargas, L.; Loya, F.; Hodde-Vargas J. (1989) **Exploring the multidimensional aspects of grief reactions.** In: The American Journal of Psychiatry, Nov 146, pp. 1484-1488.

Walsh, F.; McGoldrick, M. (1998) **Morte na família: sobrevivendo às perdas.** Porto Alegre, Editora Artes Médicas. Tradução: Cláudia Oliveira Dornelles.

Worden, J. William (1998) **Terapia do luto – Um manual para o profissional de saúde mental.** Porto Alegre, Editora Artes Médicas. Tradução: Max Brenner e Maria Rita Hofmeister.