



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ALCINEIDE MENDES DE SOUSA

**LUTO MATERNO: A RESSIGNIFICAÇÃO DO VIVER APÓS A PERDA DE UM
FILHO**

**BOA VISTA, RR
2019**

ALCINEIDE MENDES DE SOUSA

**LUTO MATERNO: A RESSIGNIFICAÇÃO DO VIVER APÓS A PERDA DE UM
FILHO**

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Linha de pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadania e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula.

BOA VISTA, RR

2019

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

S7291 Sousa, Alcineide Mendes de.

Luto materno : a resignificação do viver após a perda de um filho /
Alcineide Mendes de Sousa. – Boa Vista, 2019.
84 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Roraima,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA.

1 - Fenomenologia. 2 - Luto. 3 - Luto materno. 4 - Pesquisa
qualitativa. I - Título. II - Espíndula, Joelma Ana Gutiérrez
(orientadora).

CDU - 130.121

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária/Documentalista:
Maria de Fátima Andrade Costa - CRB-11/453-AM

ALCINEIDE MENDES DE SOUSA

**LUTO MATERNO: A RESSIGNIFICAÇÃO DO VIVER APÓS A PERDA DE UM
FILHO**

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Linha de pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadania e Modelos de Atenção à Saúde. Avaliada pela banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Roraima - UFRR

Prof^a. Dr^a. Nilza Pereira de Araújo (Examinadora titular interna)
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Roraima - UFRR

Prof^a. Dr^a. Cleiry Simone Moreira da Silva (Examinadora titular externa)
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Estadual de Roraima - UERR

Ao maior e mais puro dos sentimentos: o amor de mãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, de quem estive por tanto tempo afastada, mas reencontrei com toda força e fé possível. Obrigada, Criador, por não desistir de mim e me mostrar que contigo, tudo é possível!

Ao meu filho Wendler, minha fortaleza, inspiração para esse tema e, apesar da distância, está comigo sempre. Não conheço palavras na língua portuguesa que possam expressar o que sinto por ti, então, fico no redundante eu te amo!

À minha orientadora Professora Dr^a Joelma Ana Gutiérrez Espíndula, pela tolerância em orientar esse trabalho, diante de tantos percalços.

À Universidade Federal de Roraima, pela oportunidade de realizar o Mestrado através do PROCISA e a todos os envolvidos nesse Programa.

À minha família, especialmente minha mãe, Maria dos Milagres, que apesar de tantas preocupações e sofrimento, me incentiva o tempo todo.

Aos queridos Mary Maura e Marques Leandro, João Euclides e Estefânia, por tudo o que fizeram por mim desde que cheguei a Boa Vista.

À minha grande amiga e parceira Lílian Paiva, você é você.

A todos da minha equipe, ESF 5.8, que me acolheram, e, em especial à Elizabet, Ilauridenes, Sidney e Rosimar, que intermediaram meu acesso às colaboradoras do estudo.

À Dr^a Francisca Francilda e meu diretor, Edilberto Nobre, profissionais a quem tenho grande respeito e admiração; obrigada pelo “colo” e palavras de apoio e carinho que me deram nos dias difíceis

À Maria de Jesus Lima, que me apresentou a verdadeira Enfermagem - a arte do Cuidar – no seu sentido pleno. O que aprendi com você estou semeando, minha Mestre!

Ao meu amigo José Pereira Leal, que compartilhou comigo cada passo dessa caminhada, desde o projeto. Obrigada por me incentivar e não me deixar desistir!

Às minhas mães enlutadas, mulheres admiráveis, que mesmo revivendo seu sofrimento, aceitaram participar desse estudo quando eu não tinha mais esperança em realizá-lo. Minha sincera gratidão e respeito!

RESUMO

O luto é uma das emoções mais poderosas que o ser humano pode viver. É um processo normal e esperado em consequência do rompimento de um vínculo e pode ser causa potencial de doença física ou mental. Este estudo teve por objetivos compreender a ressignificação do viver para mães após a perda do filho e descrever as estratégias elaboradas pelas mães para lidar com o luto do filho. Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo fundamentado no método fenomenológico de Edmund Husserl. Foi realizada uma entrevista domiciliar com cinco mães em processo de luto, assistidas em Unidade Básica de Saúde por uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. A análise dos dados seguiu os passos metodológicos de Giorgi e Sousa. O relato das mães evidenciou quatro constituintes essenciais (a dor da perda do filho; apoio familiar/profissional para o enfrentamento do luto; o luto e a espiritualidade e a ressignificação do viver após a morte do filho) e suas respectivas variantes e invariantes. Os resultados obtidos na pesquisa indicam que a perda de um filho é uma experiência avassaladora na vida de uma mãe, desencadeante de diversas sensações e sentimentos como dor física, raiva, tristeza, culpa, depressão e tentativa de suicídio. Cada mãe é única e singular no seu processo de elaboração do luto e se modifica para um luto saudável ao longo do tempo, sendo que a perda de um filho jamais é superada.

Palavras-chave: Fenomenologia. Luto. Luto materno. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Mourning is one of the most powerful emotions that humans can live. It is a normal and expected process as a result of a broken bond. Recent studies point to grief as a potential cause of physical or mental illness. This study aimed to understand the resignification of living for mothers after the loss of their child and to describe the strategies developed by mothers to deal with their bereavement. This is a qualitative-descriptive study based on the phenomenological method of Edmund Husserl. A home interview was conducted with six grieving mothers, assisted at the Basic Health Unit by a Family Health Strategy Team. Data analysis followed the methodological steps of Giorgi and Sousa. The mothers' report showed four essential constituents (the pain of the loss of the child; family / professional support for coping with grief; the grief and spirituality and the resignification of living after the child's death) and their respective variants and invariants. The results of the research indicate that the loss of a child is an overwhelming experience in the life of a mother, triggering various sensations and feelings such as physical pain, anger, sadness, guilt, depression and suicide attempt. Each mother is unique and exclusive in her grief making process and changes into healthy grief over time, and the loss of a child is never overcome.

Keywords: Phenomenology. Mourning. Maternal mourning. Qualitative research.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos artigos quanto ao título, autoria, ano de publicação.....	35
Quadro 2 - Distribuição das dissertações e teses com seus respectivos títulos, autores, Universidades e ano de publicação.....	38
Quadro 3 - Caracterização das participantes da pesquisa.....	40
Quadro 4 - Constituintes essenciais e seus aspectos	47

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	9
1	OBJETIVOS	12
1.1	OBJETIVO GERAL.....	12
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E O LUTO	13
2.1.1	Conceito e Vivências do Luto.....	14
2.1.2	Elaboração do Luto.....	16
2.2	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	20
2.3	OS SENTIMENTOS DA PERDA E DO LUTO DE UM FILHO	22
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	26
3.1	MÉTODO FENOMENOLÓGICO ADOTADO NA PESQUISA QUALITATIVA...26	
3.2	CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA PARA A ENFERMAGEM	29
3.3	COLABORADORAS DA PESQUISA	30
3.4	ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	30
3.5	DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DA PESQUISA	31
3.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	32
3.7	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	33
4	RESULTADOS	35
4.1	CENÁRIO CIENTÍFICO DO LUTO MATERNO.....	35
4.2	CONHECENDO NOSSAS PARTICIPANTES	39
4.3	SÍNTESE DAS COLABORADORAS.....	41
4.4	AS UNIDADES DE SIGNIFICADO	47
4.5	A DOR DA PERDA DO FILHO	47
4.6	APOIO FAMILIAR/PROFISSIONAL PARA ENFRENTAMENTO DO LUTO	51
4.7	O LUTO E A ESPIRITUALIDADE	54
4.8	A RESSIGNIFICAÇÃO DO VIVER APÓS A MORTE DO FILHO	55
4.9	TENTATIVA DE SUICÍDIO	58
4.10	FILHO SUBSTITUTO.....	59
5	DISCUSSÃO.....	60
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	73
	ANEXOS.....	80

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A perda de um filho representa para a mãe uma experiência de difícil aceitação, pois, teoricamente, os pais falecerão antes dos filhos. O vínculo mãe e filho, formado na gestação e intensificado ao nascimento, é uma ligação ímpar, que para algumas mães, não é rompido nem com a morte (FREITAS, 2013). A forma de lidar com a perda depende do ajustamento da pessoa; algumas apresentam um potencial maior ou menor de enfrentamento desta.

A morte do filho, além da dor imensurável que causa, leva consigo os sonhos, os projetos e as expectativas da mãe, que continuará o percurso do viver diante da perda e do luto. A saudade e o sofrimento decorrentes da ausência do filho podem interferir na forma como a mãe lida com os sentimentos, desencadear um processo disfuncional de não aceitação da morte e influenciar na ressignificação do viver, necessitando de acompanhamento profissional no processo de reorganização de sua vida (FREITAS; MICHEL, 2014; MORELLI; SCORSOLONI-COMIN, SANTOS, 2013).

A dor do luto, além de doenças emocionais, vem sendo associada a doenças físicas, principalmente de origem cardiovascular; destacam-se as arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio e a congestão cardíaca. As melhores pesquisas sobre os efeitos psicossomáticos da perda foram realizadas no Strong Memorial Hospital, em Rochester, Estados Unidos, onde um grupo de psiquiatras defendeu a teoria que associou sentimentos de desesperança e desamparo decorrentes do luto ao câncer; através do referido estudo, 71% de mulheres enlutadas foram diagnosticadas com câncer de colo (PARKES, 1998).

O autor supracitado divulgou resultados de vários estudos associando o luto a problemas de saúde: Klerman e Izen (1977) através de uma revisão de literatura associaram outras doenças ao luto, como glaucoma, câncer, distúrbios cardiovasculares, lúpus eritematoso sistêmico, tireotoxicose, pneumonia, tuberculose, artrite reumatoide e colite ulcerativa. Glick et al., (1974); Parkes e Weiss (1983) apresentaram os resultados da Pesquisa de Harvard, na qual enlutados manifestaram depressão e distúrbios emocionais gerais, através de comportamentos de inquietude, insônia, dificuldade em tomar decisões e de memorização. Na pesquisa de Mann (1987) 8% de mulheres que perderam o filho tentaram suicídio.

Parkes (1998) pesquisou um grupo de mulheres que fez exame Papanicolau e apresentou no resultado células estranhas sem saber se era câncer ou não; fez entrevistas individuais a cada mulher, perguntando quais eram os sentimentos sobre perdas recentes e quando encontrava evidências de haver tanto sentimentos de desamparo e desesperança, ele predizia que aquela mulher poderia ter um diagnóstico de câncer. Em 71% dos casos, ele provou estar correto.

Outros estudos do autor supracitado apontam que grande número de perdas foram também relatados por pessoas com outras queixas de saúde como câncer, distúrbios cardiovasculares, doença de Cushing, Lúpus eritematoso disseminado e colite ulcerativa; pessoas recém-enlutadas consultaram seu médico com mais frequência do que faziam antes do luto e o aumento das consultas ocorreram por ansiedade, depressão, insônia e outros sintomas psicológicos, que eram por conta do luto. Embora tais resultados não sejam conclusivos, não podem ser ignorados.

Franco (2010) apud Pereira e Pires (2018) relata que o tema luto é inesgotável e as razões para seu estudo vão desde a necessidade de se construir uma base de conhecimento sobre o tema até a preocupação com quem se beneficiará dele. Gelson e Waldir (2014, p.3) lembram de que “a dor da perda, o sofrimento e o luto não se referem somente em casos de morte. Estamos sujeitos a várias situações de perdas como: derrotas e fracassos do dia a dia, as frustrações profissionais, os fracassos sentimentais, os desejos de posse, doenças graves”.

Desde a graduação que a ‘morte’ desperta em mim um fascínio, talvez pela lacuna que foi e ainda é nos cursos de Saúde, pela curiosidade, o desconhecido, não sei; passou o tempo e o assunto ficou adormecido. Logo que concluí meu curso fui trabalhar como intensivista em uma UTI cardíaca e a temática morte se fez presente novamente. A primeira vez que me deparei com a morte de uma paciente e a situação de comunicar o fato à família, foi desesperador. As reações dos familiares diante da perda eram imprevisíveis, iam desde gritos, negação, desmaios, autoagressão a mais pura apatia e choque. Sentia extrema dificuldade em lidar com isso, entretanto, paradoxalmente, meu interesse aumentava. Enquanto docente, comecei a orientar trabalhos que abordassem o referido tema.

Após nove anos trabalhando na UTI, assumi um concurso no Hospital de Referência em Pediatria, em Teresina. Como enfermeira de um hospital pediátrico, estreitei laços com os pacientes e familiares, principalmente as mães, que permaneciam mais tempo como acompanhantes. Comecei a observar a fortaleza

que aquelas mulheres eram, mesmo diante do sofrimento pelo qual seu filho passava.

Diante dessas circunstâncias de trabalho, ampliei minha experiência e contato com pacientes pediátricos. Acompanhei a dor, angústia e sofrimento das mães frente à doença ou mesmo a morte dos filhos. Mentalmente, tentava me colocar no lugar daquelas mães, mas não conseguia nem visualizar como enfrentaria a dor de perder um filho.

O pivô para a escolha da temática foi minha vinda para morar em Boa Vista e me separar do meu filho mais velho, que ficou no Piauí devido à Universidade. Sempre fomos muito amigos e nunca havíamos nos separado. Entrei em desespero, sentia e sinto muita saudade; é inexplicável como uma dor emocional se materializa e se transforma em dor física; sentia uma dor abdominal, uma pressão no tórax me sufocando, como se alguém estivesse tirando o ar que respiro. De repente pensei: meu filho está vivo! Está distante, mas vivo, e, mesmo assim, sinto essa angústia. Diante disso, surgiram algumas questões norteadoras: *como as mães ressignificam a vida após a perda de um filho? Como as mães enfrentam o processo de luto após a perda de um filho?*

A relevância do estudo evidencia-se por contribuir tanto com a assistência às mães enlutadas, pois subsidiará os profissionais nas suas intervenções, buscando prevenir o luto patológico e contribuir para a compreensão e acolhimento da dor materna diante do luto, quanto com a publicação acerca da temática.

Para a melhor compreensão, o trabalho foi organizado da seguinte forma: referencial teórico, percurso metodológico, resultados, discussões e considerações finais. O referencial teórico está subdividido em dois subitens. Inicialmente é realizado uma contextualização sobre a morte e o luto; em seguida, faz-se uma abordagem sobre os sentimentos da perda e do luto de um filho.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a resignificação do viver para mães após a perda do filho.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a caracterização pessoal e sócio demográfica das mulheres que perderam seus filhos;
- Identificar as estratégias elaboradas pelas mães para lidar com o luto do filho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E O LUTO

A morte e o luto são situações naturais, pelas quais todos irão passar um dia. Entretanto, as pessoas não encaram tais fenômenos com essa naturalidade. Segundo Pascoal (2012), a morte, embora integre o ciclo de vida do desenvolvimento humano, configura um tema em que as pessoas se sentem pouco à vontade em abordar.

A morte, embora inerente ao desenvolvimento humano, ainda não é visto como tal, seja pela sua representatividade de dor e tristeza, seja por evidenciar a finitude humana, trazendo consigo o medo de morrer de cada um. Quando esse processo de morte, de perda acontece na infância, atinge níveis mais peculiares devido ao significado que a criança representa pra sociedade e seus familiares. “A morte é vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos” (KOVÁCS, 2013, p. 152).

Desde os tempos mais remotos a morte estimula o pensamento das pessoas. Ariès (1977) em sua obra História da morte no Ocidente, revela um aprofundado estudo sobre a morte e as atitudes diante dela ao longo da evolução da humanidade.

Iniciando pela era medieval, o historiador relata que a pessoa tinha conhecimento de quando iria morrer; a morte, então, era esperada, vista como algo natural, do cotidiano, um evento cercado por rituais organizados pela pessoa que iria morrer, onde os parentes, amigos, vizinhos e crianças se fazia presentes. Na segunda fase da Idade Média, o foco do homem deixa de ser a hora da morte e passa a ser o pós-morte, para onde iria, Inferno ou Paraíso? havia uma preocupação com o modo de como viveu, com o julgamento da alma; o apego à bens materiais não era aceito, por distanciar o homem de Deus.

No século XIX, a morte passa a ter um cunho romântico; é uma morte desejada, acreditava-se na vida após a morte e no reencontro dos amantes que haviam sido separados em vida. A partir do século XX, a morte deixa de ser um fenômeno natural, esperado e compartilhado, para acontecer em nível hospitalar; a morte no hospital, é “um fenômeno técnico causado pela parada dos cuidados por decisão do médico e da equipe; foi dividida em etapas onde não se sabe qual a

verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração” (ARIÈS, 1977, p. 85).

Kovács (2013) faz uma análise sobre a obra *O livro tibetano dos mortos* e relata que os budistas acreditam na reencarnação; segundo a obra, o homem morre várias vezes e reencarna em um processo de se melhorar com pessoa, até alcançar um elevado nível de espiritualidade. A vida consiste em uma “série de estados sucessivos de consciência [...] é uma iniciação numa outra forma de vida além daquela cujo fim representa” (KOVÁCS, 2013, p. 46).

Independente da cultura a que pertença, a temática morte envolve misticismo, tabus, crenças e medos; o sentimento de dor pela morte de alguém querido configura o luto (CONTI, 2012). O luto “é uma das emoções mais poderosas que o ser humano pode viver. Ninguém permanece o mesmo após viver um luto, e essa transformação é ampla e profunda, muito mais do que uma experiência dolorosa em uma dada medida normal e suportável” (FRANCO, 2012, p. 3).

2.1.1 **Conceito e Vivências do Luto**

O luto constitui uma crise imprescindível para superação de uma perda. Apesar de individual, apresenta manifestações comuns a todos os envolvidos no processo. Entretanto, uma longa duração deste, associada a características obsessivas caracteriza um luto patológico; já que o luto saudável se manifesta pela aceitação da mudança do mundo exterior, com a reorganização dos laços que permanecem (CONTI, 2012).

Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013, p. 88) caracterizam o luto como “uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto”. Para as autoras, é um processo inerente aos extremos da existência humana: a vida e a morte; “um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano”.

Parkes (1995, p. 24) conceitua o luto como “a perda de uma pessoa amada”; não é simplesmente uma apresentação de sinais e sintomas, e, sim, um processo que contempla fases clínicas com características e manifestações singulares quanto a duração e forma de cada uma delas. Manifesta reações como profundo desânimo, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de atividades externas, porque a restrição do ego fica vinculada a esta perda.

Para quem vivencia uma perda, o processo de luto é ímpar e sofre influência de fatores culturais, da relação entre quem faleceu e quem ficou, das circunstâncias em que ocorreu a perda, do tipo de perda, de experiências pessoais, valores e religiosidade. Assim, não é determinante que toda pessoa enlutada vivencie o processo de maneira igual, além disso, o período de luto é variável, podendo durar anos (CONTI, 2012; FREITAS, MICHEL, 2014; KOVÁCS, 2008; POTTER, PERRY, 2009).

No estudo de Almeida et al.; (2015), intitulado *Dor e perda: Análise do processo do luto*, relatam que o tipo de padrão de apego desenvolvido irá influenciar a forma de enfrentamento das variadas situações da vida, principalmente em como lidar com a dor da morte. Papalia, Olds e Felman (2009, p. 205) conceituam apego como “um vínculo recíproco e duradouro entre o bebê e o cuidador, cada um contribuindo para a qualidade do relacionamento.”

Bowlby (1990) desenvolveu a Teoria do Apego, onde defende que os cuidados recebidos por uma criança em seus primeiros anos de vida são essenciais para sua saúde física e mental, e, sendo a mãe o principal elo de ligação, não se deve separá-los sem uma adequada substituição dos cuidados maternos; firmar significativas relações de apego com os cuidadores constitui uma necessidade essencial, tanto para a sobrevivência da criança quanto para a obtenção de prazer. O referido autor identificou três padrões de apego apresentados pelas crianças: apego seguro, apego inseguro-esquivo e apego inseguro-resistente

As crianças com apego seguro choram com a ausência do cuidador, exploram e interagem com o ambiente, deixam os cuidadores se afastarem por curto espaço de tempo, mas procuram contato com eles ao sentirem-se desconfortáveis, são cooperativas e raramente sentem raiva; as crianças com apego inseguro - esquivo raramente choram com a ausência do cuidador e evitam o contato com ele quando retorna; tendem a ficar bravas e não gostam de colo; as crianças com apego inseguro-resistente (ambivalente) exploram pouco o ambiente, são difíceis de agradar e são ambivalentes em relação à interação com o cuidador, ora se aproximam, ora se afastam dele (BOWLBY, 1990).

Em sua obra *Amor e perda, as raízes do luto e suas complicações*, Parkes (2009) constata, através de uma pesquisa sobre Padrões de apego e Padrões de luto, que pessoas quando crianças, desenvolvem relações seguras com os cuidadores, vivenciam o processo de luto na vida adulta com sofrimento emocional

menos intenso; adultos que vivenciaram apegos ansiosos provavelmente sofram um luto severo e duradouro; já pessoas que desenvolveram apegos evitadores mantêm um distanciamento das pessoas, refletindo crenças e ações que dificultam as relações amorosas,; em situações de luto, têm dificuldade em aceitar amor e procurar apoio.

2.1.2 **Elaboração do Luto**

Parkes (1998) relata que o luto não é um conjunto de sintomas, mas sim, um processo composto por fases que, embora apresentem singularidades, percebe-se uma padronização em que algumas características são comuns na maioria dos casos. Elisabeth Kubler-Ross descreveu os cinco estágios pelas quais normalmente passam tanto os doentes terminais quanto as pessoas que vivem o seu luto: negação; raiva; barganha; depressão e aceitação. Estas fases ou estágios têm durações diferentes e substituem-se uns aos outros ou, por vezes, coexistem lado a lado (KUBLER-ROSS, 1996).

O primeiro estágio, a negação é uma defesa temporária após o conhecimento, às vezes, de modo não adequado, sobre o diagnóstico, permite que o paciente se reorganize gradualmente e encontre outros mecanismos de defesa. O segundo estágio é a raiva, que surge em substituição ao estado de negação, de maneira indiscriminada e até irracional; é uma forma de trabalhar as emoções no processo de luto, entretanto, às vezes, a família e os profissionais reagem negativamente a esse comportamento, piorando a hostilidade do paciente. O terceiro estágio, a barganha, é pouco conhecida, mas útil ao paciente por um curto período, onde há uma negociação com uma força divina, na tentativa de postergar o fim anunciado. O quarto estágio, a depressão é caracterizada por uma reflexão; surge na medida em que o paciente já não consegue negar a sua doença devido à intensificação dos sintomas. O quinto e último estágio, a aceitação, as pessoas tendem a ficar mais calmas e conseguem expressar melhor seus sentimentos, emoções e frustrações.

Uma abordagem alternativa para os estágios de Kubler-Ross (1996) é o conceito de fases desenvolvido por Bowlby (1990); o autor identifica quatro fases do luto, mas ressalta que os limites entre elas não são bem definidos, podendo a pessoa ficar entre duas, por algum tempo: Fase de entorpecimento, com duração

de horas a cerca de uma semana; Fase de anseio e busca da figura perdida, que dura de alguns meses até anos; Fase de desorganização e desespero; Fase de maior ou menor grau de reorganização.

A primeira fase é caracterizada principalmente por choque, incapacidade de aceitação, tensão, apreensão, ataques de pânico seguidos de busca por refúgio em amigos e familiares, crises de raiva e uma calma incomum interrompida por uma explosão intensa. Na segunda fase, há uma visão da realidade da perda ocasionando crises de desânimo, aflição, soluços, inquietação, insônia, lembranças da pessoa falecida associada a impressão de sua presença física e uma forte tendência a interpretar sinais do ambiente como indícios de retorno do falecido.

Nesse período, há uma aflição decorrente da certeza de que a morte ocorreu associada à descrença em tal fato e esperança de que tudo volte a ficar bem e que a pessoa perdida seja recuperada. O sentimento de raiva, acusação, tristeza, ingratidão, busca incessante, esperança e desapontamento são característicos dessa fase e traduzem a urgência em encontrar e recuperar a pessoa perdida.

Na terceira fase, o desespero e a desorganização tendem a caracterizar a experiência do enlutado diante das emocionais decorrentes de sua dor. Perceber seu comportamento repetitivo e estressante contribui para a aceitação de que a separação será permanente e que sua vida pode e deve ser reestruturada. Aqui, as fases se sobrepõem e se relacionam dinamicamente ao longo do tempo; o estado de desespero e desorganização, de um lado, e momentos de avaliação da nova situação de outro, indicam a possibilidade de um resultado favorável do luto e o início de uma nova fase: a da reorganização.

Nessa última fase, de reorganização, o enlutado vive um processo complexo de redefinição de si mesmo e de sua situação no mundo; a separação e a impossibilidade de recuperação da pessoa perdida são sentidas de maneira mais realista e definitiva e os modelos interiores são remodelados e alinhados à nova condição de existência do enlutado.

Brice (1991) conduziu um dos primeiros estudos em fenomenologia abordando o luto materno: *O que significa para sempre - Uma investigação existencial-empírico-fenomenológica do luto materno*; descreve o luto materno como um fenômeno paradoxal, pois, ao tempo em que a mãe deseja superar a morte do filho, deseja manter uma proximidade com ele. O referido autor discorda dos conceitos tradicionais de luto, como fenômeno constituído de fases e etapas. Para

ele, o luto materno envolve uma série de temas que se entrelaçam de maneira não-linear, em maior ou menor grau e com caráter interminável; tal característica o torna relevante para a unidade do fenômeno em si, já que para abordá-lo como um fenômeno unificado é necessário incluir seus aspectos duradouros.

O luto normal é uma resposta saudável diante da perda, sendo esse acontecimento extremamente exigente e difícil; não promove nenhum tipo de trauma ou consequências que possam afetar a integridade física e psicológica da pessoa; o luto é considerado complicado quando suas reações não ocorrem como esperado ou estão ausentes; luto antecipatório caracteriza-se por reações de diante da eminência da perda (GELSON; WALDIR, 2014; PARKES, 1998).

O luto crônico é o luto que é intenso desde o seu início e tem uma longa duração; já o luto conflituoso tem um período mais demorado pra se instalar e traz consigo sentimentos de raiva e de culpa. O luto é um processo de mudança pelo qual as pessoas passam e manifestam reações conforme a individualidade de cada um. Além da reação à perda, o luto envolve ameaças à segurança, mudanças importantes na vida e na família (PARKES, 2009).

Para Worden (2013) o luto normal envolve vários sentimentos e comportamentos que se fazem presentes após uma perda e classifica o comportamento do luto normal em quatro categorias: sentimentos, sensações físicas, cognições e comportamentos. Entre os sentimentos, destaca a tristeza, a raiva, a culpa e a ansiedade.

As sensações físicas podem aparecer como dores no peito, hipersensibilidade, falta de energia, secura na boca e fraqueza muscular. As cognições, que são padrões de pensamento, englobam: descrenças, confusão, preocupação; sensações de que o falecido ainda está no ambiente e alucinações. A categoria comportamentos engloba distúrbios de sono e do apetite, ausência de pensamentos, isolamento social, sonhos com o morto, evitação de lembranças, procurar e chamar o morto, suspiro, hiperatividade, choro, visitas a locais ou carregar objetos que lembrem a pessoa e valorização de objetos.

Segundo Gelson e Waldir (2014) a aceitação de um modo não complicado ocorre mais facilmente nos casos em que há sofrimento em decorrência de longos estados de doenças, principalmente terminais. Worden (2013) explica que o luto é uma adaptação à perda, e para que ocorra essa adaptação, o enlutado precisa resolver algumas tarefas descritas a seguir:

- Tarefa I – aceitar a realidade da perda: o enlutado precisa aceitar que o ente querido morreu e o caráter irreversível dessa morte;
- Tarefa II – processar a dor do luto: o enlutado deve falar sobre seu sofrimento, reconhecer sua dor, pois esse sofrimento pode se manifestar por meio de sintomas físicos;
- Tarefa III – ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta: essa tarefa envolve ajustamentos externos (como a morte afetou o funcionamento original), ajustes internos (como a morte afetou o senso de si mesmo) ajustes espirituais (influência de crenças, valores);
- Tarefa IV – Encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida: nessa tarefa o enlutado deverá encontrar um equilíbrio entre a conviver com a lembrança do morto e seguir sua vida.

Observe que “aceitar e interiorizar o luto são a forma ou a experiência que ajudam a passar por períodos de depressão. Interiorizar significa manter a presença “reconfortante” da pessoa que não está mais no seu convívio” (GELSON; WALDIR, 2014, p. 46). Não existe um tempo exato para que isso aconteça. Depende de pessoa para pessoa e da influência de determinantes individuais.

Para Worden (2013) alguns fatores contribuem para as reações anormais do luto. São eles: fatores da relação, fatores circunstanciais, fatores históricos, fatores de personalidade e fatores sociais. Os fatores de relação, traduzem a relação que o enlutado tinha com o morto; algumas mortes podem reativar feridas relacionadas a sentimentos mal resolvidos em vida. Os fatores circunstanciais são situações que impedem ou dificultam o luto de uma pessoa forma satisfatória; ocorrem no caso de perdas incertas, onde não há confirmação da morte (soldados desaparecidos em guerra) e múltiplas perdas (mortes decorrentes de terremotos, incêndios, quedas de aviões). Os fatores históricos envolvem pessoas com passado de reações anormais de luto e de depressão. Os fatores de personalidade estão relacionados com caráter da pessoa e como ele afeta a capacidade de lidar com estresse emocional. Os fatores sociais acontecem em situações em que as circunstâncias nas quais ocorreram os fatos não são comentadas, como exemplo, o suicídio e o aborto. Os fatores sociais são os que mais influenciam para o desenvolvimento de luto complicado, por que impede a verbalização e comunicação da dor do enlutado.

O estudo bibliográfico realizado por Pereira e Pires (2018) sobre as experiências de luto mostra que o indivíduo na fase de luto patológico não consegue realizar suas atividades como antes e mantém o vínculo com o ente que faleceu; não havendo, então, formação de novos laços, o que contribui para o agravamento do problema.

Parkes (2009, p. 43) usou o termo mundo presumido para caracterizar o mundo verdadeiro, onde estão incluídos todas as “nossas concepções sobre nossos pais e nós mesmos, nossa habilidade para lidar com o perigo, a proteção que esperamos dos outros e as cognições que compõem a estrutura complexa de que depende nosso senso de significado e propósito na vida”. O autor afirma que o mundo presumido é o item mais importante do nosso equipamento mental e tem caráter dinâmico, pois é frequentemente alterado pelas novas informações que a mente vai recebendo. Nesse sentido, deve-se atentar para o fato de que qualquer acontecimento que acarrete em mudanças significativas na vida, desafiam o mundo presumido, principalmente as inesperadas, podendo levar a uma crise até que a mudança se instale.

Em relação ao acompanhamento do enlutado, Franco (2009) chama atenção para o fato do profissional avaliar criteriosamente o enlutado, buscando sua real necessidade de acompanhamento. Para a autora, pacientes com boa rede de apoio psicossocial, que têm recursos de enfrentamento adequados não precisam de um acompanhamento tradicional; ao discutir a intervenção a ser ou não oferecida, deve-se atentar para o equilíbrio entre a prática e aquele que a pratica, ou seja, o profissional que requer treinamento adequado e criterioso.

2.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização da Saúde com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios. A assistência psiquiátrica, no Brasil, até a década de 70 foi marcada pela má qualidade de assistência aos portadores de doenças mentais, superlotação das instituições psiquiátricas, comercialização da loucura e cronificação do doente mental. No século XX, surgiu o movimento de reforma psiquiátrica que determinou o surgimento de um novo paradigma científico e novas práticas de assistência em saúde mental, com o intuito de abolir a reclusão e repressão imposto ao paciente, promover a liberdade

com responsabilidade e a prática de discussão em grupo, envolvendo uma postura interdisciplinar (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Com o fenômeno da desospitalização, surgem os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais-Dia. Tais serviços são caracterizados como estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária. O foco necessário para o diagnóstico, tratamento e cura abrange as dimensões emocional, familiar e social do paciente, a causa da doença mental torna-se complexa e passa a exigir uma aproximação interdisciplinar da equipe de saúde. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (ANTUNES; QUEIROZ, 2007; BRASIL, 2012).

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e da Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2012).

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde do Brasil apontam que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em Saúde Mental devido a transtornos mentais graves e persistentes. Outros 9% necessitam de atendimentos eventuais em função de problemas menores, que pode representar de um terço a 50% da demanda da AB. Somando-se esta demanda aos problemas decorrentes de álcool e drogas, cuja necessidade de atendimento regular atingiria de 6 a 8% da população, pode-se ter uma ideia da amplitude do problema a ser enfrentado no cuidado em Saúde Mental (BRASIL, 2012).

Entre as ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, estão: proporcionar ao usuário um tempo para pensar, ter boa

comunicação, exercitar a empatia, escutar o que o usuário tem a dizer, acolher as queixas emocionais do usuário, oferecer suporte adequado quando necessário de modo a não gerar dependência ao usuário nem sobrecarga ao profissional e reconhecer a forma de entendimento do usuário. Entretanto, as ações em saúde mental serão elaboradas conforme forem surgindo necessidade (CHIAVERINI, 2011).

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é uma ferramenta para a criação de um laço entre o profissional e o usuário. No campo da Saúde Mental, temos como principais dispositivos comunitários os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2012, p.14)

A assistência à saúde mental na atenção está pautada no acolhimento ao usuário na sua singularidade, no estabelecimento de uma relação de confiança com o usuário e sua família, na política de redução de danos e em parceria com as Redes de Apoio, como o Centro Assistência Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2012).

2.3 OS SENTIMENTOS DA PERDA E DO LUTO DE UM FILHO

O luto apresenta aspectos comuns nas pessoas enlutadas, como tristeza, desamparo, sentimento de culpa e vazio, no entanto, o luto pela morte de um filho é, em geral, o mais intenso; apresenta traços exclusivos, justificados pela compreensão da ligação mãe-filho (FREITAS, 2013; KUROGI, 2015).

Carter e McGoldrick (1995, p.401) relatam que a morte de um filho é a maior tragédia da vida; as autoras explicam que a criança pequena é um membro familiar que não tem muitas responsabilidades, portanto, sua morte não comprometeria as responsabilidades globais da família. O impacto da morte da criança decorre do fato de que “a maioria dos pais vê os filhos como extensões de suas esperanças e sonhos de vida, a perda de um filho é um golpe existencial do pior tipo.” As autoras continuam afirmando que a morte de um filho repercute diretamente sobre o relacionamento dos pais, ocasionando separação ou divórcio.

Kurogi (2015) acredita que a reação frente à morte de um filho pode estar relacionada com a forma em que ocorreu, se suicídio, homicídio, doença, acidente; nesse sentido. Kübler-Ross (1926) apud Kurogi (2015, p. 14) explica que “quando se

perde a pessoa amada de forma mais lenta, há possibilidade de preparação para a dor, enquanto a morte repentina pode ser impactante e assustadora para aquele que perde o ente querido.” Divergindo dessa premissa, Freitas e Michel (2014, p. 275), em seu estudo fenomenológico sobre o luto materno não consideraram as variáveis tipo de morte e o tempo da perda, justificando que “a literatura não aponta diferenças significativas na vivência da dor”.

Kurogi (2015) argumenta que a morte repentina, por exemplo, um homicídio, como não há um preparo, configura-se mais impactante para quem perde, enquanto que, nas situações de doença, tem-se certo preparo. A autora complementa que a morte por homicídio é uma morte cruel e gera nas mães um sentimento de ódio intenso pelo culpado da morte do filho e busca por justiça.

Carter e McGoldrick (1995) em concordância com essa premissa classificam a morte como “esperada ou inesperada, morte antes do nascimento e pode envolver ou não períodos de cuidados.” Cada uma delas influenciará na forma de lidar e no reajustamento da família. Gonçalves (2014) partilha do mesmo pensamento e acredita que a maneira que a morte ocorreu influencia na intensidade ou na duração dos sintomas relacionados ao luto. Parkes (1998) demonstrou que a perda súbita dos filhos por acidentes de aviação, desencadeou nos pais mais raiva, depressão, culpa e problemas de saúde do que a perda de filhos na sequência de doença, da qual os pais tinham conhecimento.

Em relação à perda de um filho adulto, a literatura é, em sua grande parte, estrangeira e escassa. Os pais enlutados de um filho adulto são negligenciados em detrimento da viúva e dos filhos do falecido, que parecem ser os que mais necessitam de apoio e cuidados (FRANQUEIRA; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO 2015). O luto deve ser analisado através de seus aspectos particulares: o modo de se manifestar, histórico familiar, valorizando suas crenças e valores culturais em relação à morte e, principalmente, a mudança súbita na relação com o ente querido (FREITAS, 2013).

Para Franco (2002) apud Conti (2012, p.41) perder um filho requer dos cuidadores um ajuste emocional para enfrentar a situação individual e as alterações no sistema familiar, pois um filho, além de extensão biológica dos pais, é uma extensão psicológica. O filho pode representar uma contribuição para a herança familiar. “O filho é a antítese da morte e representa a continuidade dos pais e sua imortalidade, por meio da perpetuação de seus genes”.

A perda desestrutura toda a dinâmica familiar. Os pais passam a não respeitarem a maneira de pesar um do outro, pela dor profunda que sentem. E, às vezes, evitar falar sobre o filho que morreu, para poupar o cônjuge de sofrimento, resulta em divórcios nos casais. Quanto à dimensão familiar, com a morte de um filho ocorre uma ruptura no equilíbrio familiar, com implicações na organização e consequências para os irmãos sobreviventes. Devido à perda, é muito comum haver casos de depressão grave nos pais ou sintomas psicossomáticos. Os irmãos sobreviventes também sofrem de depressão e uma intensa ansiedade de separação (CONTI, 2012).

Bowlby (2004), na obra *Perda, tristeza e depressão* faz uma análise sobre as reações dos pais e mães que perderam um filho. O autor utiliza como base de dados estudos realizados nos Estados Unidos envolvendo pais de crianças com doenças fatais, como leucemia. A pesquisa foi dividida em grupos, um só de mães e o outro de pais e mães. O estudo mostrou que o luto inicia ao tomar conhecimento do diagnóstico da doença, intercalando fases de torpor, em que os pais aparentam tranquilidade, com explosões de raiva.

O autor segue descrevendo que na fase de descrença, os pais tendem a não acreditar no diagnóstico, buscam provar o erro médico e manifestam irritação com os profissionais e com quem acredita no diagnóstico. Em alguns casos, as mães “insistiam em um contato próximo, apegando-se ao filho como se acreditassem que podiam impedir a perda (p.129)”. À medida que a doença progride, a esperança cede lugar ao desespero. A evolução do luto, seja positiva ou negativa, depende das reações dos pais. Assim, quando estão unidos se apoiando o resultado é favorável; entretanto quando os pais vivem em desunião e atrito, o resultado é negativo, com repercussão na saúde mental da família. Outra categoria envolvida no estudo foram pais de crianças nascidas mortas ou com morte precoce. Foram constatadas reações semelhantes aos resultados anteriores: torpor, raiva, irritabilidade e depressão. Aliado a isso, as mães expressam sentimento de vergonha e culpa, por serem incapazes de ter um filho ou não ter tido sucesso nos cuidados com a criança que morreu precocemente.

Silva (2017) em sua dissertação de Mestrado, mostra estudos revisados de Murphy, Johnson e Lohan (2003) desmistificando o mito de que a morte de um filho por suicídio tem consequências piores para os pais, se comparada com as outras causas de morte violenta (assassinato e acidente); os autores concluíram que os

pais de filhos suicidas manifestam sentimento de culpa, rejeição, abandono e ódio pelo filho morto, além de buscarem desesperadamente entender as mortes de seus filhos. Assim, não é que o luto pelo suicida seja pior, mas esse tipo de morte apresenta particularidades não evidenciadas nos outros.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, de natureza qualitativa, fundamentado no método fenomenológico. Optou-se pela pesquisa qualitativa, por ela se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, evidenciando a análise dos fenômenos humanos, como as crenças, os valores, as representações sociais, a relação consigo e com o outro; baseia-se na proposição de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana, como ela é vivida, bem como é definida pelos seus próprios atores (DYNIEWCZ, 2007; HOLANDA, 2006; MINAYO, 2008).

Esse tipo de pesquisa é “caracterizado pela ação e pela reflexão, sendo assim, é marcada por uma abertura na interpretação de seus conceitos” (SILVEIRA, FISHER, OLIVIER, 2010, p. 01). Os referidos autores mencionam, ainda, que devido a diversidades dessas interpretações, não é fácil acompanhar e manter-se atualizado diante de um estudo qualitativo.

A pesquisa qualitativa é particularmente útil quando se tem informações limitadas sobre o fenômeno e há necessidade de compreendê-lo melhor. Os métodos qualitativos na área da saúde fornecem dados relevantes que podem ser utilizados para gerar uma teoria, influenciar padrões de tratamento e assegurar a aceitação de intervenções comportamentais. Já a pesquisa descritiva objetiva a descrição de determinado fenômeno, o que permite a narração das experiências vividas de maneira compreensiva, sem rigidez de método; tem por finalidade observar, descrever e explicar fatos ou fenômenos, mediante um estudo realizado em um determinado espaço e tempo (GIL, 2002; DYNIEWCZ, 2007; HEERDT, 2007).

3.1 MÉTODO FENOMENOLÓGICO ADOTADO NA PESQUISA QUALITATIVA

A fenomenologia estuda os fenômenos, aquilo que se revela para quem o está analisando, assim, a escolha pelo método fenomenológico se deu pela subjetividade dos fenômenos que se pretende compreender. O método fenomenológico possibilita compreender as vivências sobre a realidade e o modo de ser do outro e o sentido atribuído a eles (ALES BELLO, 2006). “A etimologia de fenomenologia deriva de duas palavras gregas, *phaenomenon* (fenômeno), que quer

dizer aparecer ou se mostrar; e logos (razão), que significa discurso, análise (no sentido de descrição) racional” (ESPÍNDULA; GOTO, 2019, p.4). A fenomenologia é um método filosófico de questionamento, estuda a experiência humana em relação com o mundo e consigo mesmo, conforme a pessoa apreende suas experiências e atribui significado e sentido, como o luto de mães que perderam o filho.

O referido método teve início no final do século XIX e início do século XX na Alemanha, com Edmund Husserl (ALES BELLO, 2006). Esse método surge contra a visão positivista de se fazer a ciência, reduzida apenas ao biológico, ao adoecimento, não subjetivo; considerando o “comportamento humano como uma relação de causa e efeito” (HOLANDA, 2014, p. 50). O positivismo é baseado nos fatos, nas ciências físicas, em dados que podem ser mensurados e verificados, mas não compreende o sentido deles; considera o conhecimento como algo absoluto.

Para a fenomenologia, não basta descrever a existência das coisas, é preciso buscar seu sentido, sua subjetividade através de uma análise mais detalhada. Por exemplo, a matemática, enquanto ciência que se preocupa com valores, quantificação das unidades (positivismo), não é relevante questionar como se constitui essa quantificação (ALES BELLO, 2006; AMATUZZI, 2011; GOTO, 2014; HOLANDA, 2014).

Nas palavras de Holanda (2014, p. 47), “fenomenologia é ir às coisas-mesmas, isto é, apreender o mundo, tal qual se apresenta [...] e não enquanto uma determinada representação que já existe em nós, anterior à nossa experiência [...] ditada por nossos conceitos, apreensões da sociedade ou da cultura”. AmatuZZi (2011) acrescenta que o retorno às coisas mesmas representa introspecção, olhar voltado para si e para sua consciência.

De acordo com Espíndula e Goto (2019) é preciso entender os elementos e fundamentos da Fenomenologia, desenvolvidos por Husserl e, posteriormente, por Amedeo Giorgi que considera, para qualquer investigação, a necessidade de se “retornar às coisas mesmas”, livre de qualquer pressuposto teórico. Vamos seguir o caminho que Husserl fez “desde o entendimento da Fenomenologia como ciência do fenômeno, como ciência do rigor, como analítica intencional, e, por fim, como método (eidético e transcendental); cada um desses entendimentos com suas especificidades e indagações” (p.4).

O método fenomenológico é constituído por duas fases: redução eidética e transcendental. A redução eidética é a busca da essência, e não do fato em si. É

colocar o mundo entre parênteses (epoché), não negando sua existência, mas suspendendo o conhecimento, os preconceitos, que se tem sobre determinado fenômeno, predispondo-se, então, à nova experiência. A redução transcendental reduz a existência do mundo e de tudo ligado a ele, de maneira a alcançar a consciência pura e suas operações, sem se preocupar com sua real existência (ZILLES, 2007).

Para compreender o pensamento de Edmund Husserl é preciso entender alguns conceitos fundamentais da fenomenologia, sendo o primeiro deles o conceito de essência, de consciência, intencionalidade, corporeidade e intersubjetividade (SILVEIRA, FISHER, OLIVIER, 2010). A pesquisadora buscará a essência, ou seja, o sentido das coisas, suas significações; o importante não é o fato, mas o sentido dele. Segundo Husserl, é possível compreender o sentido das coisas, mas nem sempre de maneira imediata. A essência caracteriza as coisas de maneira tal, que, se mudasse essa característica, não seria mais o que é e tornar-se-ia outra coisa (ALES BELLO, 2006; HOLANDA, 2014).

Outro conceito fundamental é o de intencionalidade, que está ligado à ideia da consciência ser dirigida a algo. A consciência enquanto intencionalidade, significa dirigir-se para, assim, toda consciência é consciência de alguma coisa, de um objeto. Sem essa relação consciência-objeto não haveria nem consciência nem objeto. A fenomenologia investiga como o fenômeno apresenta-se à consciência, que é aquilo que dá sentido às coisas a partir da interpretação destas. Existe um objeto intencional na consciência (SILVA, 2009).

A consciência intencional é constituída por uma multiplicidade de atos intencionais e que cada modo de consciência tem seus objetos (fenômenos) e vice-versa. Com essa noção de intencionalidade, não é possível mais nos referirmos ao fenômeno como algo apenas mental, como faz a Psicologia, embora o objetivo ainda consista em investigar a consciência humana (ESPÍNDULA, GOTO, 2019, p. 5)

Nesse sentido, a intencionalidade é sempre voltada para um objeto real ou não, de maneira que pensamentos, anseios, vivência estão sempre direcionados para algo; toda consciência é intencional e atribui sentidos que podem ser apreendidos, e a suspensão dos juízos apriorísticos torna possível envolver o fenômeno que se manifesta (GIORGI; SOUSA, 2010).

Outros conceitos envolvem corporeidade e intersubjetividade. Corporeidade traduz a relação do corpo com o mundo externo, e, tal fato, é baseado nas

sensações corpóreas registradas pelo tato, como por exemplo, segurar um copo; a intersubjetividade contempla as relações entre sujeito e a relação com o outro e o mundo, que favorece o desenvolvimento, crescimento e a construção da constituição do eu (HOLANDA, 2014).

3.2 CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA PARA A ENFERMAGEM

Para as ciências da saúde, o homem é visto como uma máquina, um simples organismo em que se busca explicação para fatos que o atingem. Esse tipo de investigação caracteriza o positivismo, evidenciado nas pesquisas de Enfermagem que buscam sistematizar um saber específico, concreto. O avanço tecnológico acarretou mudanças na Enfermagem traduzidas pela valorização da técnica, impessoalidade da assistência, fragmentação do cuidar e distanciamento do homem enquanto objeto desse cuidar (CARVALHO; VALLE, 2002).

A Enfermagem tem como objeto de seu trabalho o homem com sua subjetividade, seus questionamentos existenciais que não pode ser reduzido a um fato, a uma máquina em pane que precisa ser concertada. É preciso compreender o ser humano na perspectiva de sua vivência de estar doente.

Segundo Carvalho e Valle (2002) a pessoa doente não adoece sozinha, ela possui relações afetivas que serão coautores, participantes na compreensão da vivência de estar doente. O trabalho da Enfermagem favorece ao olhar fenomenológico para o outro e para fenômenos como a morte, a dor, doença, que não são compreendidos desligados da pessoa que o vivencia. Nesse contexto, a fenomenologia vem crescendo como um método de investigação na área da saúde, especificamente no campo da Enfermagem por buscar a compreensão do significado da experiência vivida pelo ser cuidado, propiciar a compreensão do outro, a realidade na qual está inserido em sua singularidade.

Esse olhar da fenomenologia para as pessoas em adoecimento vem contribuindo para o conhecimento das dimensões humanas que envolvem o cuidado no processo de viver humano (TERRA et al., 2006). Tal metodologia contribui não somente para a práxis da profissão, mas, sobretudo para o alcance daqueles que buscam o cuidar autêntico, visto que os profissionais de saúde enfatizam o aspecto da técnica, sem se preocupar com a pessoa humana (SILVA, LOPES, DINIZ, 2006)

O método fenomenológico representa um método adequado ao estudo de

fenômenos que requerem outra visão, além das concepções objetivistas da ciência tradicional. Permite, na pesquisa em Enfermagem, um saber não evidente aos fenômenos humanos. “Um saber que leva à reflexão e provoca mudanças no agir daquele que a considera como possibilidade, e na percepção do ser humano, visto como sujeito e não como objeto” (TERRA et al., 2006, p. 677).

3.3 COLABORADORAS DA PESQUISA

As colaboradoras do estudo foram 5 mães que vivenciam/vivenciaram o processo de luto pela morte do filho. Os *critérios de inclusão* abordaram mães que vivenciam/vivenciaram o processo de luto pela morte do filho há pelo menos seis meses, idade acima de 18 anos e que aceitaram responder a entrevista; foram excluídas menores de 18 anos, mães em processo de luto há menos de seis meses, que não aceitaram responder à entrevista e etnia indígena.

Todas as mães entrevistadas residem na área 5.8 em que há assistência da equipe ESF 5.8, o que facilitou a abordagem e contato com elas através do Agente Comunitário de Saúde.

3.4 ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

A pesquisa foi conduzida de acordo com as normas e diretrizes regulamentadas de pesquisa, preconizada pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que discorrem sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Como faz parte de um projeto maior intitulado “Estudos em saúde e saúde mental do usuário, da família, do profissional e do trabalhador na rede e na comunidade: um olhar da Psicologia” já submetido à apreciação e aprovado (CAAE: 58455916.5.000.5302), foi enviado uma Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima para avaliação, sendo aprovado sob o Número do Parecer: 2.486.436.

3.5 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DA PESQUISA

O estudo foi realizado com usuárias atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Délio Oliveira Tupinambá, localizada no bairro Nova Cidade em Boa Vista - Roraima. A escolha do local deu-se pela pesquisadora trabalhar na Unidade, como Enfermeira da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo, portanto, acesso a informações e maior facilidade em contatar as colaboradoras do estudo. A Unidade existe há 23 anos e oferece assistência na Atenção Primária à Saúde. Tem horário de funcionamento diurno com serviços de odontologia, consultas médicas e de Enfermagem, coleta de exame preventivo, realização de testes rápidos para HIV, HCV, HBV e sífilis, testes rápidos de gravidez, curativos, retirada de pontos, administração de medicamentos e de vacinas, consultas de pré-natal e de puericultura. A UBS oferece atendimento noturno, de 19h a 01h, com serviços de testes rápidos, coleta de preventivo e consultas médicas.

O quadro de profissionais é composto por médicos, enfermeiras, cirurgiões dentistas, equipe administrativa, técnicas de Enfermagem, auxiliares de serviços gerais e vacinadoras. A Unidade é sede da ESF 5.8, pertencente à Macroárea 8 e composta por uma médica, uma Enfermeira, 9 agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e uma técnica de Enfermagem. A referida ESF é responsável por assistir cerca de 4900 usuários.

A Macroárea 8 é caracterizada por uma renda per capita baixa e desigualdades sociais; é constituída pelas áreas 5.8, 5.9, 5.10 e 1.21, cada uma com uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) correspondente e abrange os bairros Nova Cidade, Operário, Dr. Airton Rocha (Pérola), Bela Vista, São Bento, Raiar do Sol e Distrito Industrial. Não há 100% de cobertura pela ESF, mas a comunidade é assistida na Unidade mais próxima de sua residência.

A área 5.8 é formada por nove microáreas, enumeradas sequencialmente de 01 a 09, cada uma com seu respectivo agente comunitário de saúde. A referida área é de responsabilidade da ESF 5.8 e assiste o bairro Nova Cidade e bairros circunvizinhos, como Operário e Dr. Airton Rocha, que não têm equipe de saúde; a equipe ESF 5.10 assiste o bairro Raiar do Sol e adjacências e a ESF 5.9 é responsável pela comunidade do Bela Vista. (ANEXO B)

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, a pesquisadora solicitou ajuda do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para realizar a pesquisa na residência da colaboradora (mãe enlutada). Após aceitação desta, a data da entrevista foi agendada de maneira a não interferir em suas atividades rotineiras; na data marcada, a pesquisadora retornou à residência da participante acompanhada pelo agente de saúde. O ambiente familiar, além da comodidade, propiciou maior liberdade e segurança emocional para as mães. As entrevistas ocorreram no período de maio a julho/2019 com duração média de 60 minutos no domicílio das participantes. Estas foram orientadas pela pesquisadora quanto aos objetivos e a justificativa do trabalho; foi solicitada a permissão para a gravação dos relatos em aparelho celular e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O referido termo garantiu o anonimato das entrevistadas e a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da pesquisa.

A coleta de dados foi iniciada com a questão disparadora: “conte-me qual é o significado da perda do filho para a senhora?” No transcorrer do diálogo, outros questionamentos foram realizados pela pesquisadora para ampliar a compreensão e atender aos objetivos do estudo. A entrevista foi uma experiência dolorosa para todas as mães, permeada por momentos de silêncio, choro, alterações de humor e de tom de voz, sentimento de revolta... Muita dor. Relatar a trajetória que passaram com a morte do filho fez com que revivessem tudo que gostariam de esquecer. Por várias vezes houve necessidade de pausar a entrevista, conversar sobre outros assuntos, acalmar as mães para que conseguissem continuar. Foi um momento singular para as entrevistadas e, indubitavelmente, para a pesquisadora.

Os dados coletados foram gravados em aparelho celular, como meio de garantir sua veracidade. Nas palavras de Rudio (2007, p. 114) “para se ter confiança em aceitar as informações de um instrumento de pesquisa, este, precisa ter as qualidades de validade e fidedignidade.

A entrevista é um momento crucial em que deve haver empatia entre entrevistador e entrevistado. Nas palavras de Ranieri e Barreira (2010, p. 6) empatia:

[...] é uma vivência que possibilita o reconhecimento do outro como outro eu, é o dar-se conta imediato de que o outro é um ser humano, com possibilidades vivenciais iguais às minhas, mesmo que estas vivências

sejam em seus conteúdos divergentes.

O instrumento de pesquisa para coleta de dados foi constituído por uma entrevista não-estruturada (APÊNDICE B). Na concepção de Gil (2010, p. 7), a entrevista não-estruturada é a mais indicada na pesquisa fenomenológica, pois “permite a livre expressão do entrevistado, inclusive daqueles que não sabem se expressar por escrito”. Corroborando com o autor, Ranieri e Barreira (2010) acrescentam que as perguntas não elaboradas previamente vão surgindo conforme os relatos dos participantes, evidenciando, assim, o fenômeno. Baseado no pressuposto, os autores sugerem a entrevista fenomenológica, justificando que, como a abordagem está direcionada para as vivências do entrevistado, o referido instrumento proporciona a exposição delas.

A entrevista fenomenológica distingue-se das entrevistas estruturadas; tem por objetivo refletir um modo diferente de produzir conhecimento acerca das vivências humanas e promover um espaço de diálogo e empatia; o pesquisador deve estabelecer um espaço dialógico e de conversação de modo que o pesquisado descreva suas experiências cotidianas. A entrevista de orientação fenomenológica é um instrumento, mais que realizar a coleta de dados, tem uma compreensão voltada para vivência do participante na sua totalidade, em uma escuta atenta e atitude empática do pesquisador com o colaborador oferecendo condições para apreender o fenômeno em estudo na sua essência (GIORGI; SOUSA, 2010).

3.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise seguiu os pressupostos do método fenomenológico de investigação de Giorgi e Sousa (2010, p. 85) que se desenvolve em quatro etapas: “estabelecer o sentido geral, determinação das unidades de significado, transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico e determinação da estrutura geral de significados”.

Inicialmente, ocorreu a transcrição dos relatos, e organização em unidades de significado, objetivando facilitar uma análise mais profunda do fenômeno. O passo seguinte foi a transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico que contribuam para o entendimento da vivência da participante em relação ao objeto do estudo. No último passo, determinou-se a estrutura geral de

significados psicológicos, evidenciando tantos os aspectos comuns quanto as particularidades das entrevistas, para a compreensão das vivências (GIORGI; SOUSA, 2010). Foi realizada, ainda, uma correção gramatical, com remoção de termos populares, sem comprometer a fidedignidade dos discursos.

4 RESULTADOS

4.1 CENÁRIO CIENTÍFICO DO LUTO MATERNO

Para a compreensão do cenário científico desta temática, foi obtida uma pesquisa bibliográfica de artigos nacionais através de busca eletrônica nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) bem como na busca de dissertações e teses na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A seleção do material foi através da leitura dos resumos e associação das palavras-chaves: fenomenologia, luto, luto materno e pesquisa qualitativa. Não foi estabelecido recorte temporal para levantamento do material, buscou-se enfatizar apenas o conteúdo das informações pertinentes ao estudo.

Foram compilados 10 artigos e 5 dissertações de mestrado que foram distribuídos em quadros para melhor visualização e acompanhamento do estudo.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos quanto ao título, autoria, ano de publicação

Nº	TÍTULO	AUTORES	ANO
1	Recriando a vida: o luto das mães e a experiência materna	Andrade, M. L. Mishima-Gomes, F. K. T. Barbieri, V.	2017
2	O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães	Franqueira, A.M.R Magalhães, A.S. Féres-Carneiro, T.	2015
3	Dor e perda: Análise do processo do luto	Almeida, E.J.	2015
4	A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva Fenomenológica	Freitas, J. L. Michel, L. F.	2014
5	Bereaved Jewish Mothers of Children Who Died of Cancer	Anat P. Bortz, Ruth Malkinson, Tamar Krulik	2013
6	As experiências de perdas e luto na contemporaneidade: um estudo bibliográfico	Pereira, S. M, E. F. Pires	2013
7	Luto e Fenomenologia: uma Proposta Compreensiva	Freitas, J.L.	2013
8	Trabalho em grupo com enlutados	Pascoal, M.	2012
9	Crises e desastres: a resposta psicológica diante do luto	Franco, M.H.P.	2012
10	Morte, família e a compreensão fenomenológica: revisão sistemática de literatura	Barbosa, C.G Melchiori, I.B. Neme, C. M. B.	2011

Fonte: a autora.

Andrade, Mishima-Gomes e Barbieri (2017) investigaram a experiência materna de mulheres que perderam seus filhos enquanto estes ainda eram crianças. Neste estudo, as mães procuraram negar as questões relacionadas ao luto, por receio de se deparar com a morte, com a própria fragilidade e com novas

possibilidades de perda. O conhecimento total da realidade pode fazer com que elas não se reergam. Apropriar-se afetivamente das situações significa deprimir, por isso, faz-se necessário se distanciar dos sentimentos difíceis para continuar a viver, mesmo que de maneira pouco espontânea.

Franqueira, Magalhães e Féres-Carneiro (2015) realizaram uma pesquisa qualitativa para investigar o processo de luto de mães que perderam filhos adultos. Este estudo mostrou que, apesar de sofrerem perdas tão dolorosas, as mães são capazes de enfrentá-las pela construção de significados para esse evento, que as obrigou a rever sua própria identidade, sua visão de mundo e os relacionamentos em geral. Experimentar o apoio de amigos e familiares, perceber a vida como um desafio, transformando a dor em luta, crer que é possível retomar o controle da vida, buscar ajuda especializada são valiosas estratégias de enfrentamento, em situações de crise, que merecem ser estudadas mais profundamente. Como a resiliência se revela em situações de crise, ela pode favorecer uma oportunidade de crescimento, através do qual os indivíduos descobrem recursos que desconheciam possuir, e delas emergindo transformados, e não destruídos.

Almeida (2015) oferece subsídios teóricos para entender o processo do luto, a fim de contribuir para o entendimento subjetivo do processo da dor de amar e conseqüentemente contribuir para qualificar a escuta e as estratégias de intervenção em psicoterapia do luto. As bases teóricas utilizadas para debater tal temática foram autores consagrados como Bowlby (1990), Nasio (2007) e Worden (1998; 2013)

Em um estudo qualitativo fenomenológico Freitas e Michel (2014) buscaram refletir sobre a vivência do luto materno no contexto contemporâneo. Foram entrevistadas três mães participantes de um grupo de apoio ao luto. Concluíram que, embora o luto se modifique ao longo do tempo, a perda de um filho jamais é superada, sendo este sofrimento compreendido não mais como uma condição patológica, mas como especificidades a serem compreendidas; a experiência da mãe em processo de luto deve ser respeitada de tal forma que esta possa agir diante da perda do filho contemplando as próprias limitações e necessidades, independentemente das cobranças e exigências sociais que possam sobrevir a elas.

Um estudo quantitativo, realizado em Israel por Bortz, Malkinson e Krulik (2013), objetivou identificar as diferenças no funcionamento materno percebido entre mães enlutadas de crianças que morreram de câncer e mães de crianças atualmente diagnosticada com câncer, descrever relacionamento mãe-filho antes e

depois do diagnóstico de câncer e após a morte da criança, e descrever a relação materna com a criança falecida. O estudo mostrou que as relações mãe-filho se tornam mais próximas após o diagnóstico de câncer e continuam após a morte da criança. O relacionamento com a criança falecida é parte integrante da vida da mãe enlutada e influencia seu funcionamento. Semelhante aos resultados de Silva e Mello (2013), este estudo também evidencia as mudanças que ocorreram na vida materna em decorrência do câncer e a total dedicação da mãe ao cuidado do filho doente.

O estudo bibliográfico de Pereira e Pires (2013) descreveu diferentes vivências do luto, diante de perdas reais ou simbólicas e os mecanismos de defesa utilizados em cada vivência descrita. Acreditam que o processo de luto é um trabalho psíquico de elaboração de perdas em que a pessoa reorganiza sua vida, à medida que aceita o que perdeu. Foi constatado a influência de um apego seguro, onde os pais respondem de forma adequada às necessidades do bebê, fornecendo oportunidade de explorar o mundo sem medos, de tolerar frustrações e suportar breves separações sem muito sofrimento, no modo em que as pessoas enfrentam as perdas. Tal processo consiste em vivenciar o acontecimento, permitindo a pessoa encontrar novos significados para a vida, se reorganizar psiquicamente a partir das mudanças ocorridas.

Pascoal (2012) em seu relato da experiência profissional teve por objetivo compartilhar a experiência vivida com um grupo de autoajuda para pacientes em processo de luto e desta forma difundir a terapia em grupo para enlutados. Foi trabalhado temas relacionados à perda que influenciaram as participantes e ao mesmo tempo proporcionaram, além de conforto, uma possibilidade de identificação e o ressurgimento da autoconfiança. O estudo evidenciou que o atendimento em grupo para enlutados é uma alternativa viável com resultados positivos e inspiradores e sua divulgação é importante para ampliar horizontes e criar novas possibilidades.

Franco (2012) realizou um estudo com evidenciando a contribuição da Psicologia na abordagem em situações de desastres. A autora ressalva que uma demanda importante está no enfrentamento do luto desencadeado por desastres, que tem contornos definidos e necessita suporte psicossocial aos afetados, não apenas nos momentos iniciais. Nesse enfrentamento, destaca-se a dificuldade em

localizar e identificar corpos, para que os rituais da cultura sejam realizados e permitam uma finalização da perda.

A revisão sistemática da literatura realizada por Barbosa, Melchiori e Neme (2011) objetivou compreender como a experiência da morte dentro do seio familiar tem sido abordada em estudos realizados na perspectiva fenomenológica. Os resultados apontaram que os estudos realizados com embasamento na fenomenologia abordaram três grandes temas, as experiências, os significados e o enfrentamento do luto e das perdas; a relação da família com o paciente terminal e as vivências das famílias diante de mortes repentinas. O estudo evidenciou ainda que há uma escassez de publicação sobre o tema e sugere que novos trabalhos realizados nessa abordagem busquem aprofundar como a morte como fenômeno inerente à condição humana tem sido concebida e significada no contexto familiar contemporâneo.

Constata-se que a temática luto é abordada pela maioria dos estudos de maneira geral, não evidenciando o luto materno, além da predominância de estudos bibliográficos em relação a pesquisas qualitativas e/ou quantitativas. Quanto à abordagem fenomenológica, foram compilados dois artigos, sendo ambos da mesma autora.

Quadro 2 - Distribuição das dissertações e teses com seus respectivos títulos, autores, Universidades e ano de publicação.

Tipo	Título	Autores	Universidade	Ano
Dissertação	Laços maternos da mãe que perdeu <i>um</i> de seus filhos	Giovanna Silva Segalla	Universidade Federal do Paraná	2017
Dissertação	Mães sem nome: a perda de um filho por assassinato	Luciana Tiemi Kurogi	Universidade Federal do Paraná	2015
Dissertação	Morte de um filho para uma mãe: luto, melancolia e identificação	Susana de Oliveira Pimenta	Universidade Federal do Paraná	2014
Dissertação	Luto materno e o vínculo com o filho substituto	Vania de Mello Catelan Sanches	PUC - SP	2012
Dissertação	A dor da perda de um filho	Jetânia Maria Dawies de Conti	Escola Superior de Teologia	2012

Fonte: a autora.

Segalla (2017) objetivou compreender como se caracterizam os laços maternos da mãe em sofrimento em decorrência da perda de um dos filhos. Como resultado, a pesquisa mostra que a perda de um dos filhos pode provocar um movimento de reorganização dos fios que enlaçavam a mãe ao filho morto, levando em consideração que não há substituto para um filho amado. Uma vez que os laços

maternos são edificados gradualmente e não são biologicamente determinados, a análise de dois casos clínicos permitiu o entendimento de que a morte de um dos filhos pode levar à reconfiguração e ressignificação dos laços da mãe tanto em relação ao filho morto quanto aos filhos vivos.

Pimenta (2014) buscou compreender o sofrimento de mães que não concluem o luto pela morte de seus filhos; o estudo constatou que a dor é sem fim, não há uma conclusão, já que um filho não é objeto para ser substituído. Além disso, as mães não aceitam que seus filhos morreram, “a magnitude do sofrimento é soberana, pois é como se a mãe perdesse literalmente um pedaço de si”.

Conti (2012) buscando compreender sentimentos e reações para um possível entendimento de luto, em sua dissertação, constata que diante da perda de um ente querido, o enlutado tende a sentir-se desamparado, incapaz de viver sem a presença da pessoa, o que acarreta raiva e ansiedade.

Kurogi (2015) analisou o sofrimento da mãe diante da perda de um filho por assassinato. O estudo foi constituído por uma pesquisa qualitativa, com base no referencial psicanalítico. Evidenciou que o luto por assassinato apresenta aspectos específicos de acordo com a história de vida e a condição psíquica de cada mãe, e que o afeto hostil não necessariamente prejudica a elaboração do luto das mães que perderam o filho por assassinato, conseqüentemente, essas mães podem seguir por diferentes destinos de luto.

4.2 CONHECENDO NOSSAS PARTICIPANTES

A caracterização das participantes do estudo está apresentada no Quadro 3. As variáveis incluem: idade da mãe, escolaridade, ocupação, religião, situação conjugal, data e causa da morte do filho, sexo e idade do filho falecido, número de outros filhos. Elas próprias escolheram o nome pelo qual gostariam de ser identificadas.

Como forma de preservação da identidade e integridade das colaboradoras, foram atribuídos a elas codinomes escolhidos por elas mesmas, que representasse um sentimento em relação ao filho. Uma das participantes solicitou que sua identidade fosse revelada, justificando que a dor que sentia pela perda do filho era dela e não queria ser representada por “apelido”; a pesquisadora desculpou-se com a participante e explicou novamente as normas que regulamentam pesquisas

científicas envolvendo seres humanos.

Quadro 3 - Caracterização das participantes da pesquisa

Nome/ Idade	Escolaridade	Ocupação	Religião	Estado civil	Data /causa da morte	Sexo /idade do filho falecido	Outros filhos
Minha dor, 60 anos	Magistério	Do lar	Espírita	Viúva, por 2 vezes, atualmente, separada	Set./2019 choque elétrico	Masculino, 35 anos	4 filhos
Ternura, 29 anos	Fundamental incompleto	Do lar	Católica	União estável	Jul/2018 pneumonia	Masculino, 11 meses de vida	3 filhos, grávida do quarto
Amor, 42 anos	Fundamental incompleto	Do lar	Católica	Casada	Jan/2018 malformação	Feminino, 5 meses de vida	6 filhos
Mãe de Anjo, 67 anos	Fundamental completo	Estudante	Católica, não assídua	Solteira	Ago/2008 tumor na hipófise	Masculino, 39 anos	5 filhos adotados
Gratidão, 55 anos	Médio completo	Do lar	Evangélica	Casada	Jun/2001 aneurisma cerebral	Feminino, 22 anos	3 filhos

Fonte: a autora.

O perfil das entrevistadas foi construído condensando as informações obtidas durante a entrevista. A amostra do estudo foram cinco (05) colaboradoras voltadas a faixa etária: duas (02) possuem a idade de 42 a 55 anos, uma (01) possui a idade de 29 anos, (01) tem 60 anos e finalmente apenas uma participante com 67 anos, constituindo a maior idade, conforme o quadro acima.

No aspecto da formação acadêmica, constata-se que as mães não têm formação superior; duas concluíram o ensino médio, duas têm fundamental incompleto e uma fundamental completo. A respeito da ocupação, nenhuma exerce atividade remunerada.

Quanto a religião, uma é evangélica, uma é espírita e as outras são católicas.

Em relação à situação conjugal, uma é solteira, uma é separada, uma convive em união estável e duas são casadas.

Todas têm mais de dois filhos. Duas tem três filhos, uma tem 4 filhos, uma tem 5 filhos, uma tem 6 filhos.

A morte dos filhos ocorreu em situações variadas, dois eram menores de ano, os demais já eram adultos; quanto ao sexo, três dos filhos eram do sexo masculino e duas do sexo feminino.

4.3 SÍNTESE DAS COLABORADORAS

Através do método de Giorgi e Souza (2010) reformulado por Feijóo e Goto (2016) e revisto por Espíndula e Goto (2019), por meio das análises das entrevistas, serão apresentadas as sínteses descritivas das narrativas, que estão apresentadas conforme a ordem de caracterização descrita abaixo no Quadro 4. O texto foi redigido na primeira pessoa no intuito de evidenciar o diálogo entre pesquisadora e entrevistada, além disso, alguns trechos estão entre aspas por traduzirem fielmente o discurso das depoentes.

Minha dor (60 anos): acompanhada pela minha ACS Elizabet, fui até a residência da participante, que se encontrava em companhia do neto. É uma senhora muito acolhedora e ao mesmo tempo sincera e firme em suas convicções. Reside em uma casa simples, com uma de suas filhas e um neto. Fui muito bem recebida e após conversa sobre temas aleatórios, iniciamos a entrevista.

Minha dor já havia perdido uma filha, ainda recém-nascida. Após essa perda, adotou uma criança, para “colocar no lugar”. Descreve a dor de perder um filho como a maior dor que alguém pode sentir e que é uma dor que não tem cura. O filho, um homem de 35 anos, era seu companheiro, amigo, trabalhador e morreu em casa, devido à choque elétrico. Trabalhava com consertos variados, tinha uma espécie de oficina onde fazia trabalhos com ferro, solda, consertos elétricos, entre outros.

Em um desses trabalhos, foi testar um carregador de bateria e, com o impacto da descarga, ele soltou o cabo, que tocou seu corpo, ocasionando o choque. Quando ouviu o grito do filho, Minha dor veio correndo e o viu no chão; ao se direcionar para o corpo, foi impedida por pessoas que a seguraram e a arrastaram para fora do local. Em seu desespero, gritava para que alguém massageasse o corpo dele. Segundo a mãe, foi o pior dia de sua vida, desejou estar morta pra não presenciar tal situação.

Minha dor sente culpa por sua perda, embora tal fato não condiga com a realidade, para a mãe, se ela tivesse tocado no filho, chegado perto dele, poderia tê-lo salvado, trocado de lugar com ele. Ela se ressentida por que falava para as pessoas como socorrer o filho e ninguém fez nada; o filho sabia manobras de primeiros socorros e segundo ela, já havia socorrido muitas pessoas e não teve ninguém pra salvar a vida dele. Nesse momento ela chora muito. Entre lágrimas, relata que

desejou estar morta e que já tentou suicídio, mas que não pensa mais nisso.

Quanto ao seu estado de saúde físico e mental, Minha dor relata que sempre foi saudável, mas após a morte do filho, foi diagnosticada com hipertensão arterial, após sofrer um acidente vascular encefálico isquêmico. Afirma que se o filho estivesse vivo, ela não estaria doente. Ela apresenta também insônia, desenvolveu depressão e se isola do mundo, trancada no quarto.

Segundo ela, não adianta falar com as pessoas, por que só quem passou pela mesma dor que ela, vai entender o que ela sente, por isso, prefere conversar com outras mães enlutadas. Por insistência da filha, iniciou acompanhamento com uma psicóloga, mas se recusa a continuar. Alega que a referida profissional não entende sua dor e critica suas atitudes.

Muito emocionada, entre lágrimas, mas com a voz altiva de uma mãe, ela me relata que sua terapia é conversar com a foto do filho, que ela coloca na parede do quarto e fica conversando com ele. Em consequência de não aceitar acompanhamento profissional, sua saúde está cada vez mais frágil; sente muitas dores no corpo, anda com dificuldade, É tabagista de longa data, não participa das atividades do grupo para Hipertensos e, às vezes, fica sem a medicação anti-hipertensiva, comparece com muita reclamação às consultas com a médica da ESF, para avaliação e acompanhamento de sua saúde.

Em relação à crença religiosa, Minha dor é espírita e o Espiritismo ajudou a respeitar as pessoas como seres humanos; acredita que o filho está em um bom lugar; eles conversavam muito sobre a morte, ele chamava de fazer a viagem ... Minha dor diz saber que devido a chorar muito, faz o filho sofrer, mas pede muito a Deus que amenize isso. Ela mantém as coisas dele guardadas, é categórica ao afirmar que não vai se desfazer de nada, pois representam seu filho, a lembrança dele, que o filho era muito inteligente, alegre e ajudava todo mundo.

Outro relato da colaboradora é que nada alivia sua dor, ao contrário, só aumenta. Imagina o filho chegando em casa perguntando pelo almoço, brincando com os cachorros; lamenta por que os cachorros também foram morrendo, um a um, após a morte do filho e um porco de estimação, “o Chico”, teve que ser vendido, não tendo ficado nenhum animal do filho como companhia.

Como estratégia para enfrentar o luto, Minha dor busca forças nos projetos do filho.

Ternura (29 anos): Ternura está grávida, na verdade, foi a primeira mãe

que entrei em contato, mas não a primeira a ser entrevistada. Nosso encontro ocorreu através de sua primeira consulta de pré-natal, quando, durante a entrevista sobre seu histórico obstétrico, ela me relatou que um de seus filhos havia morrido e que resolveu engravidar novamente para aliviar a saudade e a dor pela perda do filho. Esse fato chamou minha atenção e expliquei a ela sobre a pesquisa que estava tentando fazer com as mães que passaram pelo luto e a convidei para participar. Ela aceitou prontamente e agendamos uma visita para conversarmos com mais detalhes, visita essa, mediada pelo ACS Ilauridenes (Denes) responsável pela área em que ela vive.

Ternura, reside em uma casa construída no mesmo terreno que reside sua mãe, mas as casas são separadas. Vive apenas com os três filhos pequenos, seu parceiro está cumprindo pena em regime fechado. Não entrei em detalhes sobre esse fato por não o considerar relevante para o estudo e por perceber que a participante fica pouco à vontade com o tema.

Relata que não foi fácil perder o filho, que tinha apenas 11 meses de vida, por que ele sempre foi uma criança sadia; não consegue entender o porquê de sua morte já que sempre cuidou bem dele. Ela relata que o filho teve febre, foi levado para o Hospital e ao ser examinado, foi diagnosticado com pneumonia e internado para tratamento. Após uma semana de internação, o quadro clínico da criança não melhorava, então os médicos resolveram transferi-lo para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e cerca de 48h depois a criança faleceu.

Ternura apresentou uma dor no peito, um sentimento de raiva e amargura pela morte do filho. Como forma de aliviar o sofrimento, ela adotou ainda uma postura de negação em relação à morte do filho. Sua saúde física e mental foi abalada pela perda, ficou nervosa, impaciente e passou a ter insônia. Diz que não consegue mais ficar bem e desconta nos outros a falta que sente do filho; Não consegue dormir à noite, ansiosa, fica andando pela casa vigiando o sono dos outros filhos, quando consegue dormir, já está amanhecendo o dia.

Na época da morte do filho, a família residia em outra casa, mas teve que se mudar, pois Ternura não conseguia mais viver no local, pelas fortes lembranças do filho. Se emociona em vários momentos, ao falar dele; guarda todas as roupas e pertences da criança e afirma que não vai se desfazer delas.

Sua vida social e familiar também foi afetada. Ternura evita ficar em casa e quando os outros filhos estão na Escola, ela vai pra casa de uma amiga, a única

com quem conversa sobre sua dor. Fica inquieta em casa e acha que conversando o tempo passa mais rápido. Uma das estratégias para enfrentar a dor do luto, é a religião, a crença em uma força maior, entretanto, a depoente afirma que não vai mais à Igreja.

Amor (42 anos): de origem indígena, não entendeu claramente o que houve com a filha. Reside com o esposo e mais seis filhos. Encontrei “Amor” em sua residência, em um momento de tranquilidade da mesma. Ela relatou que seu parto foi prematuro e sua filha ficou internada na maternidade por 15 dias. Após ter recebido alta hospitalar, foi pra casa; cerca de um mês depois convulsionou e foi levada ao Hospital da Criança, onde foi medicada e liberada com uso de anticonvulsivante; entretanto duas semanas depois, ocorreu outro episódio de convulsão associado a choro durante a noite. A mãe levou novamente a criança ao hospital e dessa vez ela ficou internada, pois além da convulsão, estava perdendo peso.

O quadro clínico da criança foi agravando, não conseguia se alimentar e foi transferida para a UTI. Segundo Amor, a criança foi diagnosticada com microcefalia, entretanto, não há nada que comprove tal diagnóstico, não tem exames nem laudo, e a mãe não tem muito discernimento para compreender a linguagem técnica. Esse período de internação foi desgastante, vários procedimentos na criança, que apresentava um quadro clínico oscilante, com momentos de piora e melhora. A mãe continuava ao lado da filha, apesar de ter sido orientada a ir pra casa descansar. Após alta da UTI, a criança foi para enfermaria, ainda com a saúde comprometida.

De acordo com os discursos de Amor, fui supondo o que ocorreu, pois ela não sabe claramente descrever os fatos. O problema maior da criança era dificuldade para se alimentar, provavelmente por comprometimento neurológico, os médicos estavam avaliando a possibilidade de realizar uma gastrostomia, mas estavam aguardando a criança melhorar para ser submetida ao procedimento cirúrgico. Foi necessária uma hemotransfusão e durante o procedimento, segundo a mãe, que estava ao lado da filha o tempo todo, ela passou mal. Amor percebeu que a filha não estava bem e pediu ajuda aos profissionais; sem entender o que estava acontecendo, apenas acompanhou a movimentação em torno da filha, que piorava cada vez mais. Após ser levada novamente para a UTI, a criança faleceu.

Segundo a mãe, é difícil aceitar; ela ainda estava bastante sensível e chorosa, no momento da entrevista. Entretanto uma particularidade da depoente

Amor, é o fato da filha nunca ter tido saúde, desde o nascimento, e, por ter acompanhado todo o sofrimento desta, inclusive presenciado sua morte, ela aceitou a situação como um alívio para a dor da filha. Apesar da perda, Deus livrou a filha de sofrimento e de uma vida de internações. Isso conforta e ajuda no enfrentamento do luto, e, quando está sofrendo com saudade, prefere acreditar que a filha está bem, que Deus a chamou pra ela não sofrer.

Quanto à sua saúde física e mental, não manifestou alterações, entretanto, observando as falas, notamos alguns traços de ansiedade. Explica que chora muito, por que tem a lembrança da morte da filha, acredita que se não tivesse assistido a tudo, aceitaria melhor a situação. Às vezes, tem a sensação que falta alguém e fica esperando chegar.

A entrevistada faz parte de um grupo da Igreja, de onde teve apoio no momento de sua perda. Resolveu doar todas as roupas da filha, para ajudar a esquecer. Amor relata que nunca mais foi ao hospital; seu filho adoeceu e encaminharam para lá, mas ela não foi, disse que imagina a filha ainda internada. Ela associou a imagem do hospital à perda da filha.

Mãe de Anjo (67 anos): fui recebida em sua residência com muito carinho e atenção, onde estava também a participante Gratidão, ambas são amigas. Iniciamos uma conversa alegre e despretensiosa, para em seguida iniciarmos a entrevista. Mãe de Anjo informa que a perda do filho foi o pior momento da sua vida, é católica mas não assídua; sentiu culpa e questionou Deus sobre onde tinha errado, se ele estava cobrando algo dela, se ela não criou o filho direito, o que faltou? por que seu filho?

Mãe de Anjo relata que recebeu apoio de seu pai, de 94 anos, de seu companheiro, vizinhos e de sua ACS. Sua saúde física e mental foi abalada. Sentia uma dor forte no coração, como se alguém “tivesse furando”; ela gritava, por que a dor era insuportável. Apresentou quadro de depressão, onde chorava com frequência, não se alimentava, só tomava café e fumava o tempo inteiro, passava horas no cemitério conversando com seu filho, além de tentar suicídio duas vezes. Concomitante a perda do filho, Mãe de Anjo perdeu em menos de dois anos, seu pai e o seu companheiro, então relata que “ficou louca”. A princípio, rejeitou ajuda profissional, por não ter se sentido acolhida na sua dor, mas após algumas tentativas, aceitou acompanhamento psiquiátrico.

Iniciou o tratamento com uma psiquiatra, mas depois foi transferida pra

outro. Era resistente ao acompanhamento, não comparecia às consultas (ia para o cemitério no lugar da consulta) e não fazia uso da medicação correta; durante uma conversa com o psiquiatra, ele questionou por que ela faltava tanto; ela respondeu que ia para o cemitério. Então, pediu que ela se imaginasse falando com o seu filho e falou com ela pedindo que o deixasse seguir sua viagem, que não fosse mais ao cemitério, que enquanto ela chorava ele sofria. Para Mãe de Anjo, ela ouviu a voz do filho, a partir daí seu comportamento mudou e passou a seguir todas as recomendações médicas, até que disse ao Psiquiatra que não precisava mais das consultas nem das medicações. E sua vida mudou, passou a sair, participar de grupos de idosos no CRAS (Centro de Referência e Assistência Social), dançar, estudar e viver a vida. Na sua concepção, tudo o que ela faz, o filho está vendo e fica feliz.

A dor não deixou de existir, o Psiquiatra disse que é a dor do luto. No aniversário de morte dele a dor fica mais intensa, mas ela não vai mais no cemitério, vai à Igreja ou à beira do rio; não pode passar na rua do cemitério, pois relembra tudo que aconteceu por ocasião da morte. Uma queixa singular de Mãe de Anjo e que a faz sofrer até hoje é o fato de que ela não acompanhou o velório do filho, não enterrou o filho, por que foi sedada. Ela acredita que se tivesse a lembrança do velório, não teria sofrido tanto.

A colaboradora guardou fotos de lembrança do filho, não tem quaisquer pertences pessoais. O filho deixou dois netos pra Mãe de Anjo, mas sua nora não permitiu a convivência destes com a avó, sob alegação que ele estava louca; não apoiou Mãe de Anjo na sua perda. Ela diz que sofreu muito, mas hoje superou, renasceu nos últimos três anos.

Gratidão (55 anos): a perda da filha foi um choque, ficou revoltada com Deus por que era a única mulher que tinha. Entretanto, com o rompimento do aneurisma o prognóstico da filha era ruim, em caso de sobrevivência, viveria em estado vegetativo. Isso fez com que Gratidão aceitasse melhor a morte dela, sem revoltas. Não houve implicações em sua saúde física e psicológica. Guardou lembranças da filha em uma caixa que fica intocada. Recebeu total apoio e suporte da família. Adotou o neto como filho, o que amenizou a perda. A princípio associou a presença do neto como um substituto da filha, mas entendeu que não era.

A depoente relata que todos vão passar pela dor da perda, um dia, e tudo que acontece é com a permissão de Deus. Assim, ela declara gratidão a Deus e que

às mães aceitem, não se revoltam, por que ninguém sabe o que aconteceria no futuro.

4.4 AS UNIDADES DE SIGNIFICADO

Através da transcrição dos depoimentos e da síntese das narrativas das colaboradoras emergiram quatro categorias (constituintes essenciais) formadas a partir da repetição dos conteúdos nos relatos das depoentes e suas respectivas unidades de significado, constituídas por aspectos comuns à todas as narrativas (invariantes) e aspectos singulares de cada uma (variantes) (GIORGI; SOUSA, 2010), explicitados no quadro abaixo.

Quadro 4 - Constituintes essenciais e seus aspectos

Constituintes essenciais	Unidade de Significado (US) Aspectos invariantes	Unidade de Significado (US) Aspectos variantes
1. A dor da perda do filho	Sentimentos vividos pela mãe diante da morte do filho Reações físicas/psicológicas decorrentes da dor do luto	Tentativa de suicídio Filho substituto
2. Apoio familiar/profissional para o enfrentamento do luto	Compreensão dos amigos e familiares em relação a dor do luto materno	
3. O luto e a espiritualidade	A fé como apoio para lidar com o luto	
4. A resignificação do viver após a morte do filho	As mudanças na vida social e familiar	Não superação do luto

Fonte: própria

A seguir, serão discutidas as invariantes descritas nos relatos de todas as depoentes. Tais invariantes estão distribuídas nos seus respectivos constituintes essenciais.

4.5 A DOR DA PERDA DO FILHO

Nessa constituinte foram elencadas as invariantes vividas por todas as entrevistadas: sentimentos vividos pela mãe diante da morte do filho e reações físicas/psicológicas decorrentes da dor do luto. As mães descreveram o que significou para elas a morte do filho; o que elas sentiram e a repercussão dessa perda em suas vidas.

Elas relataram intenso sofrimento e que não gostam de falar no assunto. Isso é facilmente compreendido por que, à medida que descrevem os fatos, todo o processo da morte do filho, que tentam esquecer, é revivido por essas mães, a dor aflora como se o tempo não tivesse passado. O luto está presente no cotidiano de todas, inclusive dessas mães, que já perderam outros entes queridos, mas perder um filho, independente de quantos filhos ela tenha, é inaceitável e irreparável.

É a maior dor que um ser humano pode sentir; é uma dor que não tem cura e não para [...] você sente seu coração perdendo os pedaços, sendo rasgado cada hora [choro] (Minha dor)

É difícil aceitar. Por isso, toda vez que eu falo ou alguém me pergunta, eu fico chorando [...] eu não gosto de falar (Amor)

Inexplicável [...] pior momento da minha vida, pior dor (Mãe de Anjo)

Foi um choque muito grande, por que eu só tinha ela de mulher. Era muito bonita, jovem (Gratidão)

Procuro não falar muito nele por que quando falo não consigo me controlar, não foi fácil. [...] pra mim dói muito falar sobre isso (Ternura)

A morte de um filho acarreta um misto de sentimentos paradoxais e instabilidade emocional. Quanto aos sentimentos vivenciados, observou-se a revolta, a culpa, o desespero, a angústia, o medo, a ansiedade e a tristeza.

Eu me pergunto por que? [...] eu sempre cuidei bem dele [...] senti uma amargura, sentimento de raiva porque ele tinha morrido (Ternura)

[...] pra mim eu sou culpada de meu filho morrer, porque eu não cheguei perto dele. Eu sinto que naquela hora, se chegasse perto dele, eu podia trocar de vida com ele (chora muito) [...] eu me sinto culpada. Isso está me matando (Minha dor)

Eu só andava chorando [...] eu não estava nem aí, a dor era minha, eu chorava mesmo (Mãe de Anjo)

As mães buscam uma explicação para a morte do filho, afinal, o curso da vida é o filho enterrar os pais. Como não encontram resposta, às vezes elas se culpam. Por mais absurdo ou inexplicável que pareça, a mãe acredita que poderia ter feito qualquer coisa para evitar a morte do filho. Isso decorre do fato de que ela é vista como cuidadora e protetora dos filhos, onde o bem-estar deles é de sua responsabilidade. Quando há uma fatalidade ou qualquer problema que ameace a segurança do filho, fortalece a ideia de que falharam nos cuidados que deveriam ter.

Divergindo das demais depoentes, Gratidão e Amor não se revoltaram nem manifestaram culpa pela morte dos filhos, pois a trajetória destes foi de sofrimento decorrente de problemas graves de saúde, com prognóstico negativo. Assim, para essas mães, apesar da perda, a morte seria um caminho menos doloroso para o filho.

[...] ela foi embora. Deus a chamou pra ela não sofrer, agora eu que estou sofrendo, ela não (Amor)

[...] foi um aneurisma [...] se ela sobrevivesse, ficaria um vegetal (Gratidão)

Houve uma mudança no comportamento das mães em relação aos outros filhos; elas desenvolveram um excesso de cuidado e medo de perdê-los também.

Fiquei mais próxima deles, que eu tenho medo, daí então quando eles adoecem, morro de medo deles morrerem também. [...] [choro] (Ternura)

Não durmo á noite, preocupada se vai acontecer alguma coisa (Minha dor)

Outro ponto observado foi que Amor e Ternura desenvolveram, respectivamente, certo trauma em relação ao hospital e a residência que morava por ocasião da morte da criança. A associação do ambiente com a imagem da criança dificulta a adaptação da mãe e impõe a ela, de certa forma, a realidade. Enquanto ela evita ambientes que trazem fortes lembranças do filho, ela se protege e se distancia dos fatos, de ter que aceitar que o filho não estará mais presente.

Eu não consegui ficar mais onde a gente morava, nem entrar dentro do quarto eu entrava mais, a gente dormia tudo lá fora, na sala, por que na hora que eu entrava era só o jeitinho dele na rede, na cama, [...] Eu trato assim, como se ele não tivesse morrido [...] falo com os meninos, como se ele tivesse com alguém, tivesse ido passear, alguma coisa, depois ele vai voltar (Ternura)

Eu nunca voltei pro hospital, meu filho ficou doente, mandaram pra lá mas eu não quero ir porque eu sinto que ela está lá [choro] (Amor)

A morte do filho repercute também na saúde materna. Em relação a invariante *reações físicas ou psicológicas decorrentes da dor do luto*, os relatos são unânimes em apontar uma forte dor no peito, insônia, inapetência, impaciência, irritabilidade e isolamento social associados ao luto, o que pode acarretar descompensação materna e no relacionamento familiar.

Dor no peito, no meu coração [...] não consigo mais ficar bem, não tenho mais paciência, fico nervosa rápido [...] acabo descontando nos outros por sentir muita falta dele ainda (Ternura)

Eu senti meu coração como se alguém tivesse furando; cansei de gritar achando que alguém estava furando meu coração. Uma dor insuportável [...] era a dor do luto [...] eu não comia, não dormia, só tomava café e fumava (Mãe de Anjo)

A dor do luto materno é uma dor singular, forte, que sufoca e não há nada que passe, por que não tem causa física. Está intimamente associada à forte ligação que há entre mãe – filho, independentemente do contexto, da história de cada uma, a dor é sentida por todas; uma dor que elas têm dificuldade em descrever, não encontram uma palavra que traduza o que sentem, senão que é uma dor insuportável.

Ela é oriunda do desespero, do saber que seu bem mais precioso foi embora para nunca mais voltar e nada nem ninguém pode mudar isso. Na tentativa de aliviar o que sente e, talvez, por se sentir ferida, ela descarrega sua dor no outro ou até mesmo em si própria, acarretando mais estresse ainda, já que tem consciência de que não há culpados. Torna-se um ciclo vicioso.

Minha dor afirma que, além das manifestações supracitadas, desenvolveu hipertensão, diabetes e dores articulares por causa da morte do filho; apresentou inclusive um acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI).

Eu nunca fui mulher doente, nunca fui diabética, nunca tive pressão alta, eu não tinha medo de nada. Hoje eu tenho medo de tudo, medo de acender uma lâmpada, medo de ficar aqui fora, tive um AVC isquêmico, coisa que eu não acredito que seria pra mim, ainda mais se ele tivesse vivo [...] eu envelheci cem anos depois que ele morreu (Minha dor)

Já tive vontade de não ver e nem falar com ninguém, só de ficar trancada no meu quarto [...] eu me afastei de tudo e todos. Toda vez que tocava no nome dele a dor era maior, aí eu preferi me isolar (Minha dor)

Percebe-se no discurso da colaboradora que a busca pelo isolamento social é para evitar ouvir falar no filho, evitar relembrar fatos que prefere esquecer. A curiosidade faz parte da natureza do ser humano; nessa situação, as pessoas tendem a questionar, frequentemente, o que aconteceu, exigindo da mãe que reviva a morte do filho várias vezes. Isso é cruel, insensato e desnecessário. A maneira que ela encontra para se proteger é se afastar de todos. Entretanto, essa atitude

pode ser perigosa; haja vista a fragilidade emocional em que se encontra, a mãe enlutada que se isola, que não mantém convívio social saudável, pode evoluir mais facilmente para depressão.

4.6 APOIO FAMILIAR/PROFISSIONAL PARA ENFRENTAMENTO DO LUTO

A segunda invariante, presente nessa constituinte, evidencia a compreensão dos amigos e familiares em relação a dor do luto materno. Como já discutido, o luto materno tem uma ampla repercussão na vida da mãe. Ela necessita de todo apoio possível para vivenciar essa fase da maneira menos traumática. As depoentes relataram que tiveram apoio dos amigos e familiares.

Minha tia foi a única que entendeu [...], mas agora estou aprendendo, tem muita gente conversando comigo (Amor)

Meu pai, que eu cuidava dele, ele tinha 94 anos, ele passou a cuidar de mim. Eu virei uma criança. Meu companheiro, meus vizinhos, minha agente de saúde foram incansáveis (Mãe de Anjo)

Quem me deu muito apoio foi a minha família [...] tenho uma família maravilhosa [...] superei bem criei o filho dela [...] ocupou o espaço que a mãe dele deixou (Gratidão)

Além do apoio familiar, a presença do neto, a quem criou como um filho, contribuiu significativamente para a resolução do luto vivenciado por Gratidão. Embora a filha perdida não possa ser substituída, o amor pelo neto ocupou o lugar da dor de sua perda. O que poderia se prolongar em dor, saudade, tristeza, pensamento negativo foi substituído por esperança e planos de uma nova vida.

Se por um lado Mãe de Anjo teve apoio dos amigos, o mesmo não ocorreu em relação à sua nora, que além de não a apoiar nesse momento, afastou os netos da avó. A presença viva de seu filho, através dos netos, com certeza iria contribuir para que ela superasse o luto.

Eu ia todo dia lá, quando ele estava vivo, depois tudo mudou. Eu não tive apoio da minha nora [...] ela afastou os meninos de mim [...] sofri muito, chorava muito [...] não fui embora daqui por que eu abria a janela ia para o portão e os via indo para o colégio, me aliviava, só em vê-los. Eles não vinham aqui em casa, ela (nora) dizia que eu estava louca, não tinha capacidade de cuidar deles [...], mas passou.

Apenas Ternura demonstrou pouca interação familiar. Apesar de residir

próxima à mãe, não recebeu apoio pela perda do filho. Segundo ela, por opção própria, busca ficar sozinha em casa, tendo contato apenas com uma amiga.

[...] fico mais sozinha, onde procuro ir é na casa de uma amiga minha, vou mais lá, converso muito. Parece que eu sinto melhor conversando com ela, ela sempre me aconselha (Ternura).

A família é o alicerce para o enfrentamento de qualquer crise. O apoio recebido neste momento é crucial para o sucesso da superação do luto. A temática luto e morte ainda são estigmatizadas e algumas pessoas demonstram dificuldade em lidar com esse processo. Devido a isso, ainda há situações em que as pessoas enlutadas são isoladas do convívio social a qual fazem parte, o que não foi constatado no estudo.

Quanto ao suporte profissional, apenas Mãe de Anjo e Minha dor tiveram esse acompanhamento, devido ao estado psíquico em que se encontravam. Mãe de Anjo entrou em um quadro grave de depressão que durou cerca de oito anos. Quanto a Minha dor, ainda está em acompanhamento também de depressão, sem sinais de melhora significativa.

Perdi todo mundo em um ano, 1a 5m da morte do meu filho eu perdi meu pai, com 27 dias que eu perdi meu pai perdi meu companheiro [...] aí eu fiquei louca, louca. Fui pra Belém não dei conta de ficar com minha filha, com minha irmã, com ninguém. Fui pra Manaus não dei conta de ficar lá [...] não me sinto sozinha. Pra mim, eles estão todos aqui, mesmo sabendo que não estão. Eu não estou louca, eu estou bem (Mãe de Anjo).

Mãe de Anjo iniciou acompanhamento com uma psicóloga, mas não continuou; seu companheiro pediu que ela fosse encaminhada para o psiquiatra. No início também ela era resistente ao tratamento, não usava as medicações e faltava frequentemente às consultas.

Eu pegava a chave do carro pra ir pra consulta médica, quando chegava na porta do carro eu me urinava todinha [...] em vez de ir pra consulta eu ia para o cemitério ficava o dia todo [...] conversando com ele, sentava na sepultura dele, acendia o cigarro e ficava conversando e perguntava por ele não tinha reagido, por que ele não lembrava que tinha os filhos (Mãe de Anjo)

Ela se ressentiu muito de não ter acompanhado o enterro do filho, foi sedada e não lembra de nada.

[...] Eu só lembro até a hora que recebi a notícia e fomos para o hospital.

Quando eu cheguei na pedra a psicóloga veio e eu disse não quero saber de você, eu quero saber do meu filho...eu só acreditava se visse; quando eu cheguei na pedra, desenrolei, tirei aquele pano verde [...] aí me deram a droga do remédio [...] não lembro de velório, não lembro de nada [...] eu acho que se eu tivesse a lembrança do velório eu não tinha sofrido tanto (Mãe de Anjo)

Não obstante a dor vivida, Mãe de Anjo fez o acompanhamento profissional e após anos de luto, conseguiu superar

Quem me fez ser o que eu sou hoje foi o meu psiquiatra [...] Ele levantou, pegou nas minhas mão e disse: eu posso lhe fazer um pedido: eu falei pode [...] faça de conta que é o seu filho [...] mãe não vá mais no cemitério, deixa eu seguir minha viagem [...] eu ouvi a voz do meu filho [...] a partir desse dia eu passei a tomar minha medicação direitinho e não fui mais ao cemitério [...] eu tenho o maior amor por esse médico (Mãe de Anjo)

No aniversário de morte machuca [...] eu não vou mais no cemitério, vou na Igreja, na beira do rio [...] agora tem um porém, eu posso ir pra tudo quanto for lugar, mas se passar naquela rua [...] do cemitério.... acaba comigo... é incrível [...] meu coração fecha eu vejo tudo turvo.

Minha dor, por insistência da filha, iniciou acompanhamento com uma psicóloga, mas se recusa a continuar. Alega que a referida profissional não entende sua dor e critica suas atitudes.

Eu querer desabar uma dor minha e a pessoa dizer que eu não posso agir assim, que eu tenho é que emagrecer, vá a (palavrão) acho que ela tem que me escutar, e depois de saber o que eu estou sentindo me dá uma luz [...] que me adianta ir pra uma pessoa dessa? Eu sozinha, conversando com minha parede no meu quarto, eu faço muito mais do que com ela (Minha dor)

Ponho a foto dele na parede, olho pra ele e digo: eu sou uma das mulheres mais honradas do mundo porque Deus me deu a honra de ser a orientadora, a guardiã, a amiga, a protetora, a carrasca, o capitão do mato, tudo pra ele. Deus me deu a honra de ser mãe dele, de carregar ele comigo e me deu a honra de ver ele partir; não tive que procurar o corpo dele, nunca fui em delegacia porque ele nunca esteve lá, nunca fui chamada na escola, nunca fui buscar ele em bar porque nunca bebeu, nunca tive que dá um centavo pra comprar cigarro, por que ele não fumava, mas tenho a dor de tê-lo perdido (Minha dor)

A resistência ao acompanhamento e o isolamento social, aliado aos problemas clínicos estão complicando visivelmente a saúde dessa colaboradora.

4.7 O LUTO E A ESPIRITUALIDADE

A invariante fé como apoio para lidar com o luto trás as particularidades de cada depoente, em relação às suas crenças e práticas religiosas. Gratidão é evangélica e acredita que tudo ocorre no tempo de Deus e que é preciso aceitar e agradecer. Mãe de Anjo e Amor são católicas e partilham do mesmo pensamento. Ternura também é católica, mas após a morte do filho se afastou da religião. Minha dor é espírita e acredita que sua crença ajuda a entender a morte. As depoentes relataram que a princípio sentiram revolta pela morte do filho, chegando a questionar a conduta de Deus, mas recorrem à busca da espiritualidade como fonte renovadora de fé e esperança para seguirem com suas vidas e suportar as adversidades.

Eu perguntava Meu Deus onde foi que eu errei [...] era como se Deus tivesse me cobrando algo, como se eu não tivesse criado direito. Eu eduquei, formei, o que faltou? Por que ele? Um filho maravilhoso [...] (Mãe de Anjo)

[...] me revoltei com Deus “como é que você leva meu filho e me deixa aqui? [...] que o filho é pra enterrar a mãe não a mãe pra enterrar o filho; onde você está nessa hora, está me abandonando? na hora que ele estava no chão, porque eu pedia pra trocar minha vida com a dele naquela hora e eu não consegui, então eu me revoltei [...] Nós estudávamos a Bíblia juntos eu sei que um dia vou encontrar ele, eu sei que ele tá em bom lugar que a gente nesse mundo é uma passagem [...] ele não falava em morrer mas em fazer a viagem...eu sei que faço ele sofrer, peço muito a Deus que amenize isso pra ele parar de sofrer, eu sei que um dia vou encontrar ele, eu sei que ele está em bom lugar (Minha dor)

Percebe-se pelo discurso de minha dor, que, a priori, ela se revoltou com a morte do filho, no momento de desespero, do impacto de ver o corpo inerte no chão de casa, sua reação foi de revolta. Mas depois, até como uma forma de amenizar a dor e buscar conformação, ela acredita que a separação é temporária e os dois irão se reencontrar.

Chama atenção fato que mesmo sendo espírita e entenda, conforme sua crença, que seu filho está vivo em algum lugar, Minha dor continua sofrendo muito, não consegue conforto nem amenizar seu sofrimento e até se preocupa que esteja prejudicando a evolução dele filho. Isso comprova a peculiaridade do amor e do luto materno, o quão a dor de uma mãe é a dor de uma mãe.

Apesar da perda, para Amor, Deus livrou a filha de sofrimento e de uma vida de interações. Isso conforta e ajuda no enfrentamento do luto.

Deus a chamou pra ela não sofrer. Agora eu estou sofrendo, ela não. Ela foi embora, mas mesmo assim se ela ficasse viva, ela ia sofrer. Eu estou aceitando (Amor)

O depoimento de Amor exalta mais uma vez o vínculo mãe e filho; após acompanhar por meses o sofrimento da filha, ela se desprende de qualquer egoísmo e aceita a morte da criança como uma libertação de sofrimento, mesmo que seja à custa de sua dor de mãe, como evidenciado no discurso.

[...] por que Deus o levou, por que ele não está aqui? (choro) Eu não consigo mais ir pra Igreja, até tentei, mas me afastei um pouco, sempre eu ia; não consigo. Eu sei que não é certo, mas às vezes eu fico falando: Deus por que você tirou meu filho? [...] Será que eu fiz tanta coisa de errada assim, aí não consigo mais ir na Igreja [...] Quando eles estão dormindo eu digo meu Deus me ajude, eu morro de medo de perder mais um filho (choro) (Ternura)

Ternura não consegue aceitar a morte do filho e, embora relate que se afastou da religião, nos momentos de medo, recorre à espiritualidade como suporte.

4.8 A RESSIGNIFICAÇÃO DO VIVER APÓS A MORTE DO FILHO

A última invariante destaca as mudanças ocorridas na vida social e familiar das depoentes e como essas mães deram um novo significado à suas vidas após a morte do filho. Constata que a vida dessas mulheres sofreu uma transformação após a morte do filho; a princípio elas não tinham vida social, isolaram-se do convívio com as pessoas, mas aos poucos a rotina foi se restabelecendo e, embora a dor da perda, a saudade, o choro ao falarem do filho permaneça, elas tentam se reconstruir dia-a-dia.

Nesse processo de resignificação, uma estratégia encontrada pelas depoentes para enfrentarem o luto e estarem próximas de seus filhos foi manter objetos pessoais, roupas e fotos.

Tenho as roupas, as coisas dele tudinho, desde quando ele nasceu. Eu guardo porque eu penso que nunca vou dar as coisas dele, eu não tenho coragem, não consigo. Sempre falei, vou guardar comigo, pra onde eu for eu vou levar, é uma forma dele estar mais perto de mim. As roupas que eu mais gostava de vestir nele, tá tudo guardadinho (Ternura)

Tenho short, blusa, calcinha [...] tudo guardado numa caixa[...] pra mim é intocável (Gratidão)

Tenho foto [...] tem dia que a saudade é grande [...] (Mãe de Anjo)

Guardo as coisas dele. Não é ele, representa ele, como a bicicleta; eu nunca vou desfazer dessa bicicleta por que eu o vi construir, significa o trabalho e a inteligência que meu filho tinha, não significa que eu esteja prendendo dele, mas que estou tendo uma lembrança dele, meu pensamento é esse [...] nossos projetos, do que ele queria fazer, eu não posso deixar isso parado. Tudo que tem aqui fomos nós que fizemos [...] ele queria fazer daqui um galpão pra ajudar as pessoas, queria fazer um forno grande pra fazer pão e distribuir para os venezuelanos (Minha dor).

Eu estava pensando nesses dias lá na igreja é melhor doar as coisas dela pra esquecer. Eu vou doar tudinho que ela tiver (Amor)

Analisando os depoimentos acima, apenas Amor resolveu não guardar nenhuma lembrança da filha. Ela quer esquecer. A maneira que encontrou para ressignificar sua vida foi dedicando-se aos outros filhos e ao esposo. Amor entendeu a morte da filha como um alívio para o sofrimento dela, uma vez que tinha sérios problemas de saúde. Essa percepção, sem dúvidas, contribuiu para o enfrentamento do processo de luto; a dor da perda permanece, mas sem sofrimento limitante. Atualmente, faz parte de um grupo de mães na Igreja, tem uma vida simples e tranquila.

Ternura, como mostrado ao longo da pesquisa, tornou-se ansiosa após a perda do filho, principalmente em relação aos outros filhos. A estratégia que buscou para superar o luto foi uma nova gravidez. A respeito de sua vida social, limita-se a convivência com uma amiga, conforme depoimento. Sua vida é dedicada aos filhos. Embora apresente-se calma, percebe-se na colaboradora um certo grau de ansiedade que deve ser acompanhado com intuito de prevenir complicações decorrentes de um luto mal elaborado.

Não tenho. Fico só em casa e na casa da minha amiga.

A história da perda de Gratidão foi semelhante a história da depoente Amor; a morte da filha deu-se também por problema grave de saúde. A dedicação ao neto, que ficou órfão ainda criança e ela registrou como filho, contribuiu para a superação do luto; aliado a isso, o alicerce familiar que Gratidão tem e sua crença religiosa foram relevantes para o processo. Hoje ela tem uma vida estabilizada, convive socialmente com amigos, está criando já um bisneto, tem sua profissão e quando fala da filha, é saudosa, mas sem sofrimento ou mágoa.

[...] quando eu consegui a guarda do meu neto [...] pra mim eu tinha perdido, mas estava recuperando.

Mãe de Anjo tem uma história de superação. Após praticamente 8 anos de luto e duas tentativas de suicídio, ela conseguiu ressignificar sua vida. Não faz mais acompanhamento psiquiátrico nem uso de medicamentos antidepressivos. Através do incentivo de um dos filhos, ela se inscreveu em um grupo de idosos, no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e posteriormente, em cursos na Universidade Federal de Roraima.

[...] surgiu o negócio da minha casa minha vida, aí um dos meus meninos, que eu criei, veio fazer a inscrição. Chegou lá no CRAS a moça disse: quem está lá no carro – Ele disse: é minha mãe. - Ela tá chorando. Ela só vive assim [...] Por que você não trás ela aqui pro CRAS? [...] foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida [...] Outra vez ele veio e ligou a TV e estava o negócio dos cursos na Federal (UFRR), por que a senhora não faz? [...] fez minha inscrição[...] aí eu comecei a sair (Mãe de Anjo)

Outro fato que contribuiu com o enfrentamento do luto é o fato de Mãe de Anjo acreditar que está fazendo exatamente o que o filho quer que ela faça.

Procuro viver. Tudo que eu faço é como se ele tivesse aqui pra ver. Não sei até onde estou errada nisso, é como se eu tivesse dando satisfação a ele [...] agradando. Fui miss, dancei quadrilha, fui a noiva [...] a boa mãe quer que o filho seja feliz (Mãe de Anjo).

Ela reconhece que superou o luto há cerca de três anos, por ocasião de ter conhecido na faculdade uma colega que estava sofrendo porque perdeu um dos filhos, tal fato é narrado por ela:

Tu tens três filhos, quantas mães tem só um e perde [...] tu estás falando com uma mãe que perdeu o único filho [...] foi quando eu vi que não valia a pena eu estar naquele sofrimento igual aquela moça...eu preciso estar bem pra dar luz pra alguém [...] onde eu vejo alguém chorando eu já penso que é uma mãe que está sentindo dor [...] você está chorando por que, o que aconteceu (Mãe de Anjo)

[...] eu peguei toda a medicação botei num saco e disse tome, dê pra quem precisa, eu não preciso mais.

Hoje, Mãe de Anjo é uma pessoa alegre comunicativa, com a vida social intensa, faz curso de Português, Redação e Computação na Universidade Federal de Roraima.

Minha dor perdeu o filho há um ano, mas ainda não superou o luto. Tentou suicídio uma vez, faz acompanhamento com psicóloga, mas não aceita continuar. Não tem vida social, isolou-se totalmente em sua dor; além disso, é hipertensa, tabagista, passado de acidente vascular isquêmico, declara que não tem interesse nenhum em viver.

Me isolei de todo mundo[...] se eu não estou falando eu não estou sentindo dor [...] todo mundo fica perguntando de que ele morreu [...] pra que pergunta se sabe [...] só uma mãe que passou pelo que eu passei vai me entender [...] (Minha dor)

Dói muito, cada vez que fala parece que alivia um pouco, mas não alivia. A dor cada dia que passa aumenta mais; todo dia que eu estou aqui eu espero aquele portão bater, que ele chegava e gritava “mãe, cadê o feijão” [...] ele já entrava os cachorros correndo atrás dele, Até nisso ele levou junto, foi os cachorros; que depois que ele morreu, morreu de um por um, não ficou um pra me fazer companhia. Todos banhavam e dormiam de colchão [...] até o porco (Chico). Foi a maior dor vender o Chico por que a polícia teve aqui, foram dá parte, por que o chico pulava, brincava igual os cachorros, ele foi criado com os cachorros, criado na mamadeira.....fui obrigada a vender ele e me dói até hoje porque o cara matou ele. Agora é só lembrança.

Constata-se pelo depoimento, que Minha dor está presa ao luto, não aceitou a morte do filho, chora frequentemente e fica sempre na ansiedade que ele vai voltar.

4.9 TENTATIVA DE SUICÍDIO

A tentativa de suicídio foi relatada por Minha dor e Mãe de Anjo.

Eu desejei estar morta mil vezes [...] já tentei me matar, subi na cama e botei a corda no pescoço, mas esse menino entrou na hora (apontou para o neto) [...] ele era meu companheiro, ele era tudo (choro) [...] o filho é pra enterrar a mãe, e não a mãe o filho (Minha dor)

Eu tentei me matar duas vezes [...]coloquei a escada, eu no desespero, subi, botei a corda, amarrei, vi que ia me segurar (meu pai era cego) quando eu botei a corda no meu pescoço meu pai disse: mamãe (ele me chamava de mãe), mamãe, não faça isso [...] aquilo me acordou, eu desci, não deu tempo de empurrar a escada, por que minha intenção era empurrar a escada. Eu achava que fazendo isso ia aliviar tudo [...] tinha uns oito meses da morte dele [...] eu tentei de novo [...] meu marido estava dormindo, eu estava deitada na rede com meu pai [...] levantei e fui [...] ele disse mamãe a senhora é a luz dos meus olhos [...] eu digo não, não é pra eu fazer isso [...] botei o joelho no chão e pedi perdão a Deus (Mãe de Anjo).

A saudade, a tristeza, o desespero pela perda do filho podem levar a mãe ao suicídio. Minha dor perdeu completamente o interesse pela vida e se nega a qualquer ajuda que seja oferecida. Além da saúde emocional, sua saúde física está fragilizada. Diferente de Mãe de Anjo, ela não despertou para a vida novamente.

4.10 FILHO SUBSTITUTO

Ternura evidencia que a forma encontrada para aliviar a falta do filho foi uma nova gravidez, apesar de ter três filhos pequenos:

[...] então que eu decidi engravidar de novo, eu sei que não vai ser ele, até mesmo vai ser uma menina, é pra aliviar mais a dor eu sinto [...] a saudade que eu sinto dele (Ternura)

A ansiedade pela perda leva as mães a tomarem atitudes totalmente de cunho emocional. A situação econômica de Ternura não é estabilizada, mesmo assim, ela engravidou, não analisou suas condições financeiras, sua disponibilidade para criar mais um filho, tendo os outros todos pequenos ainda. Sua vida pessoal está voltada exclusivamente aos filhos.

5 DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos depoimentos das mães com a literatura científica, levando em consideração o significado que elas atribuíram às suas vivências diante do luto, com o intuito de compreender o fenômeno em estudo.

Perder um filho representa para a mãe a pior de todas as experiências pelas quais têm que passar. A dor de uma mãe que perde o filho é única; o que pode sofrer influência de fatores como idade, tipo de morte é a resposta ao luto, como ele será processado.

Papalia; Olds e Feldman (2009) em sua obra denominada *Desenvolvimento Humano*, afirmam que a maioria dos pais não está preparada para a morte de um filho, independentemente da idade que ele tenha ou causa da morte.

As reações das mães enlutadas explicitadas no estudo corroboram com as pesquisas de Conti (2012); Freitas e Michel (2014), que descrevem que as reações ao luto pelo filho envolvem sentimentos de raiva, culpa, tristeza, choro intenso, ideias suicidas, pensamentos obsessivos e não aceitação da perda.

Worden (2013) descreve que a raiva é um sentimento comum e um dos mais confusos após a perda de alguém, podendo ser causa de problemas no processo de elaboração do luto. O autor acrescenta que o referido sentimento pode originar-se de uma frustração por reconhecer a incapacidade de prevenir a morte e de uma experiência regressiva de uma perda. A experiência de regressão, a sensação de desamparo e falta de capacidade de viver sem o ente querido permite vivenciar a raiva que acompanha tais sentimentos.

Ainda conforme Worden (2013), para que haja uma adaptação saudável, a raiva sentida pelo enlutado precisa ser direcionada ao ente falecido; entretanto, quando ocorre o direcionamento à outra pessoa, gera um pensamento de que, se há um responsável, haveria como impedir a morte. O problema maior configura-se quando a raiva é direcionada para o enlutado, pois pode acarretar depressão ou comportamento suicida.

Corroborando com os autores, Kubler-Ross (2004) apud Conti (2012) lembra que a raiva é uma emoção natural, que requer algum tempo para se manifestar; o problema ocorre quando esse tempo não é obedecido e a raiva se exterioriza de maneira explosiva e inadequada ou quando ela é reprimida e se acumula no indivíduo. Continuando esse pensamento, Conti (2012) relata que a raiva acumulada

pode se expressar através de sentimentos de culpa, distorcer o passado e a visão da realidade prejudicando o relacionamento com os outros e consigo mesmo.

A autora afirma que pessoas que liberam sua raiva têm mais tempo de vida. Não se sabe se por desabafarem seus sentimentos ou por exigirem melhores cuidados, o fato é que a raiva produz uma ação e contribui com a elaboração de limites apropriados. Assim, não surgindo de forma inadequada e violenta, a raiva pode ser uma reação útil e saudável.

A tristeza foi outro sentimento manifestado pelas depoentes. Segundo Worden (2013) este é o sentimento mais vivenciado pelo enlutado, entretanto, nem sempre se manifesta pelo choro. Já para Brice (1991, p. 28) uma mãe enlutada manifesta a dor pela morte do filho através de “ações físicas descontroladas, especialmente soluços [...] ela se sente profundamente envergonhada, ainda que aliviada, pelas suas lágrimas e procura desesperadamente locais privados para sua expulsão.” Corroborando com os estudos de Brice (1991), o choro foi uma manifestação unânime entre as depoentes; no entanto, tal ato não é visto por elas como vergonhoso, é a forma de exacerbar a dor pela falta do filho, por reviver momentos difíceis de sua morte.

Para Marvila; Gonçalves e Ferreira (2016) o sentimento de culpa é inevitável aos pais que perderam um filho, aliados a ele, há uma sensação de incompetência em exercer seu papel de cuidador, levando a perguntas que não obterão respostas, como no caso das mães entrevistadas que se questionavam por que o filho delas? A ausência de respostas acarreta mais dor e dificulta a superação do luto. As mães buscam uma explicação para a morte do filho, ao mesmo tempo sentem-se culpadas e impotentes por não ter impedido, passam a achar que não fizeram tudo o que poderia ter feito.

A culpa de uma mãe enlutada é irracional, reflete a crença de que deveria ter mantido seu filho ligado a ela, que se estivesse mais próxima ao filho, ele não teria morrido, como se pudesse evitar o inevitável; portanto, sente-se inconscientemente responsável pela morte do filho e se culpa de ser um fracasso. A culpa estará presente por muito tempo na vida do enlutado, pois a lembranças do ente que perdeu será constante (Brice, 1991; Conti, 2012; Worden, 2013). Isso é muito presente no discurso da depoente Minha dor, que se culpa pela morte do filho, de uma maneira muito irrevogável e auto destrutiva; não aceita que a morte do filho foi uma fatalidade.

Nos estudos de Pimenta (2014) foram encontrados discursos de mães que se sentiram injustiçadas com a morte do filho; por serem boas mães e terem bons filhos, elas mereceriam que seus filhos permanecessem vivos por muitos anos. É comum procurarem explicações acerca do que fizeram de errado para merecer o sofrimento de perder um filho. Tais resultados também foram evidenciados na presente pesquisa, principalmente nos depoimentos de Mãe de Anjo e Ternura.

Nas palavras de Conti (2012, p.17) “a pessoa que se culpa pela morte sofre pela separação. A sensação de rompimento é o que realmente machuca, porque não veremos mais esta pessoa em nosso meio de convivência.” A autora acredita que os momentos vividos com a pessoa que morreu estarão para sempre com o enlutado.

Analisando o discurso das mães deste estudo, observa-se que ao tempo que direcionam a culpa para si, o fazem também para Deus; vem a percepção de castigo, punição por algo que fizeram ou deixaram de fazer. Nesse momento, a dor é tamanha que sua fé e crença em Deus sofre um abalo. Estudos de Pimenta (2014) e Brice (1991) constataram que, como a morte do filho é um ultraje para o qual não há um preparo, as mães se voltam contra a religião e a fé em Deus, responsabilizam a si e aos outros pelo ocorrido e desenvolvem sentimentos negativos, como inveja de mães que tenham seus filhos ainda vivos e raiva contra seu próprio filho por terem morrido.

A imagem que se tem de Deus é de bondade e amor. Quando, por algum motivo isso é rompido, questiona-se que Deus bondoso permite a morte de uma criança? Ternura tem dificuldade em retornar à Igreja por associar Deus a causa da morte do filho. É notória a dicotomia que envolve a depoente, de um lado ela culpa Deus pelo seu sofrimento, do outro, culpa a si mesmo. Apesar do impasse, fica claro que na hora da dor e do medo, Ternura busca consolo em Deus.

Mazocco et al.; (2016) relatam que apesar do conflito gerado entre a depoente e Deus, há um reconhecimento dele como alguém que as ajuda nesse processo; isso é comprovado uma vez que todas as participantes buscaram, em algum momento conforto na fé, portanto, a espiritualidade é utilizada como alicerce. Mautoni e Almeida (2015) acrescentam que o sofrimento causado pela perda de um filho pode levar a uma maior busca pela espiritualidade, através da fé, é possível criar um sentido e significado para a vida.

As pessoas enlutadas manifestam não só sentimentos, como sensações

físicas. A dor que as mães sentem pela perda de seu filho é evidenciada no corpo. As sensações corporais podem ser generalizadas ou localizadas (como tontura, falta de ar, fraqueza muscular, falta de energia, boca seca, nó na garganta, hipersensibilidade ao barulho, dor no peito, no estômago ou na cabeça) e a região torácica surge como a mais típica (CONTI, 2012; FREITAS; MICHEL, 2014; PIMENTA, 2014; WORDEN, 2013).

A dor do luto foi descrita pelas depoentes como a maior dor que alguém pode sentir. Segundo elas, há uma dor lancinante no peito, como se ele fosse “rasgar”. As mães têm dificuldade em caracterizar a dor que sentem, daí a particularidade dessa dor; é como se ela perdesse uma parte do corpo.

Há uma dificuldade para as mães em retomar sua vida, sua rotina após a perda do filho, então, elas passam a se isolar em suas casas e em si mesmas, levando à pensamentos depressivos e suicidas. Essa perda faz com que a mãe não se reconheça sem o filho e nunca mais seja feliz como antes (BRICE, 1991; CONTI, 2012; FREITAS, MICHEL, 2014; PIMENTA, 2014)

Os discursos de Ternura e Minha dor confirmam essa informação. Ternura ainda frequenta a casa de uma amiga, mas Minha dor se isolou completamente em casa, não aceita companhia nem vida social. Como estratégia para enfrentar o luto, Freitas e Michel (2014) apontam que as mães buscam apoio na espiritualidade, dando continuidade à projetos anteriores do filho e procurando manter laços com pessoas que lhe eram significativas.

Estudos mostram que as pessoas enlutadas sofrem uma espécie de estigmatização, como se fossem marcadas pela morte, e, no caso das mães, os amigos e familiares se afastam no intuito de se protegerem do sofrimento e vazio que o luto acarreta; assim, o convívio social fica restrito a grupos de apoio e a pessoas que vivenciam a mesma situação que elas (BRICE, 1991; FREITAS, MICHEL, 2014; PARKES, 1998; SILVA, MELO, 2013). Tal situação não foi constatada neste estudo; todas as mães afirmaram que foram acolhidas pela família e amigos; o que incomoda, como relatado por Minha dor, é o questionamento frequente, que algumas pessoas insistem nessa abordagem, sobre a causa da morte.

Uma estratégia utilizada por ternura foi engravidar para amenizar a dor da perda do filho. Sanches (2012, p. 9) conceitua filho substituto como “crianças que são geradas ou adotadas para amenizar a dor pela morte de outro filho”. A autora

alerta que essa conduta está chamando a atenção dos profissionais de saúde mental, pelas consequências que pode acarretar na vida da criança.

Bowlby (2004) relata que quando os pais são jovens, não é incomum substituírem o filho perdido tendo outro. O autor, no entanto, questiona essa substituição precoce justificando que o processo de perda da criança anterior não tenha se completado e o segundo filho, além de ser visto como substituto, seja visto como retorno do que morreu. Sanches (2012) acrescenta que o filho substituto foi gerado para aliviar a culpa que a mãe tem, mesmo inconsciente, da perda de um filho, assim, o vínculo formado entre esse filho substituto e a mãe poderá repercutir negativamente na identidade dessa criança; a autora explica que o filho gerado para assumir o lugar do irmão que morreu pode não estar preparado para realizar essa missão, o que põe em risco sua saúde física e mental, podendo desenvolver sérios problemas emocionais.

Os rituais religiosos também foram apontados como muito importantes na superação do luto. O momento do velório, a missa de sétimo dia, o culto, a missa do dia de finados ajudam na compreensão da morte, segundo aquela religião específica (MAUTONI; ALMEIDA, 2015). Mãe de Anjo relata que não participou do velório do filho, por que estava sedada; acredita que se tivesse enterrado o filho, seu sofrimento seria menor.

Nos discursos de Mãe de Anjo, Ternura e Amor elas mencionaram que evitam lugares que trazem a lembrança do filho, a ponto de Ternura mudar de residência. Em relação a isso, Pereira e Pires (2016) explicam que uma das manifestações do luto mal elaborado é o chamado de reações de aniversário, em que, próximo de algum fato ou data que associe a perda de um ente querido, ocasiona no enlutado reações de ansiedade, tristeza, ideias ou tentativas de suicídio, infartos, gastrites, conflitos na área social. Ao término da data, caso não haja nenhum comprometimento sério, a rotina volta ao normal.

Worden (2013) ressalta que as pessoas são diferentes e singulares, inclusive no momento de dor. É preciso respeitar a forma com que os enlutados vão expressar seu luto, que o silêncio também é uma forma de consolar e ajudar. Nas ocasiões de data de aniversário do morto ou de seu falecimento, é importante que os enlutados sejam acolhidos, que não fiquem sozinhos.

A atenção ao processo de luto deve ser voltada para prevenção de complicações como o suicídio. A escuta à dor do outro e o acolhimento são

imprescindíveis para uma assistência de qualidade, colaborando de forma positiva para o trabalho do luto. Parkes (1998) apontou que em casos de luto patológico, há necessidade de acompanhamento psicoterápico, para que o enlutado manifeste sua dor, superando suas dificuldades e se reencontre em uma nova realidade.

Um espaço para compartilhar pode se tornar um elemento facilitador para enfrentar a morte. Assim, o aconselhamento do luto pode ser realizado em vários ambientes, desde que seja um lugar mais tranquilo, não sendo necessariamente um ambiente profissional. Possuir apoio e a abertura para explicar sua dor, falar de sua perda é a melhor forma para quem perdeu um ente querido seguir adiante (Bowlby, 2004; CONTI, 2012; Parkes, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa constatou que a perda de um filho é condição única na vida de uma mãe. Sem intenção de desconsiderar ou desvalorizar qualquer dor ou luto de diferentes causas, a dor do luto materno não pode ser representada ou comparada a nenhuma outra. Através da fenomenologia, foi possível adentrar nesse universo do luto materno, que é tão íntimo e peculiar.

O estudo mostrou que diante dessa experiência de perder um filho, as mães passam por diversas mudanças como exacerbação de sentimento de revolta, raiva tristeza, desespero; alterações emocionais e sociais, além de comprometimento de sua saúde física e mental. Evidenciou ainda que a mãe que perde o filho não supera essa perda. Por mais que continue sua vida, quando continua, sempre será uma mãe enlutada.

Há um misto de sensações decorrentes do luto materno, mas o sentimento que se destacou no estudo foi a culpa. A mãe enlutada sempre sente culpa pela morte do filho e, aliada a essa culpa, tem o sentimento de frustração de não realizar seu papel de mãe com competência.

Indubitavelmente, essas mães necessitam de apoio e acompanhamento durante seu processo de elaboração do luto, entretanto não é uma tarefa simples. Supostamente, há dificuldade no acesso delas a uma rede de apoio e uma resistência em buscar esse apoio.

Apesar da temática luto ter uma boa representação no cenário científico, constatou-se escassez na produção, envolvendo, o luto materno e, principalmente, quando este é associado à pesquisa fenomenológica. Como exposto no trabalho, as consequências de um luto não resolvido podem ser devastadoras; assim, abordar a dor materna contribuirá para uma melhor assistência a essa categoria. Este estudo alcançou os objetivos a que se propôs e espera-se contribuir para que outros venham a acontecer, inclusive pesquisas que estabeleçam alguma relação entre o luto e desenvolvimento de doenças nas enlutadas, como já sugerem dados estatísticos.

As mães enlutadas necessitam de acompanhamento para assimilarem suas perdas, diante disso, a pesquisadora propôs desenvolver uma atividade com essas mães enlutadas, de modo a contribuir com a superação desse processo de luto.

O projeto consta no Apêndice C e trata-se da formação de um grupo de apoio para mães enlutadas. O projeto contará com profissionais da área de Psicologia e Enfermagem e será desenvolvido através de reuniões, inicialmente, quinzenais, depois mensais, com as mães que participarão, espontaneamente. A autora acredita que esse projeto ajudará muito às mães, não somente às participantes do estudo, mas todas que necessitem expor sua dor, trocar experiências e ressignificar sua vida.

REFERÊNCIAS

- ALES BELLO, A. **Introdução à fenomenologia**. São Paulo: Edusc. 2006.
- AMATUZZI, M.M. Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In: BRUNS, M. A. T. e HOLANDA, A. **Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Editora Línea, 2011.
- ANDRADE, M.L.; MISHIMA -GOMES, F. K. T.; BARBIERI, V. Recriando a vida: o luto das mães e a experiência materna. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v 19, n 1, p. 21-32. São Paulo, SP, jan.-abr. 2017.
- ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v 23, n 1, p . 207-215, jan, 2007.
- ALMEIDA, E.J. Dor e perda: Análise do processo do luto. **Revista de Psicologia da IMED**, v 7, n 1, p. 15-22, 2015.
- ARIÈS, P. 1977. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**: Tradução Priscila Viana de Siqueira. Ed. especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- BARBOSA, C. G.; MELCHIORI, L. E.; NEME, M. B. Morte, família e a compreensão fenomenológica: revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Revista**, v. 17, p. 363-377, 2011.
- BOWLBY, J. **Apego e perda: tristeza e depressão**. v 3 da trilogia: Tradução Valtensir Dutra. São Paulo: Martins Fontes. 2004. (Original publicado em 1907).
- _____. **Apego e perda: vínculo** v 1: tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes.1990. (Original publicado em 1969).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 agosto 2017.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012
- BRICE, C. W. **O que significa para sempre**: Uma investigação existencial-empírico-fenomenológica do luto materno, 1991. Disponível em: <<http://www.ifen.com.br/artigos/traducao03.pdf>>. Acesso em: 29 setembro 2017.
- CARTER, B.; MCGOLRICK, M. **As mudanças no ciclo da vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Trad. Maria Adriana veríssimo Veronese. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- CARVALHO, M. D. B.; VALLE, E. R. M. **A pesquisa fenomenológica e a**

Enfermagem. Acta Scientiarum, Maringá, v. 24, n. 3, p. 843-/847. 2002.

CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E. **O conceito psicanalítico do luto:** uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicol inf.* v. 17, n. 17. São Paulo, dez. 2013.

CONTI, J. M.D. **A dor da perda de um filho.** 2012. 63p. Dissertação (Mestrado em Teologia). São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2012.

DYNIEWCZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** São Paulo: Difusão, 2007.

ESPÍNDULA, J. A. G. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde.** 2009. 234f. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2009.

ESPÍNDULA, J. A. G.; GOTO, T. A. Algumas reflexões sobre a fenomenologia e o método fenomenológico nas pesquisas em psicologia. IN: ESPÍNDULA, J. A. G. (Org). **Psicologia fenomenológica e saúde: teoria e pesquisa.** Boa Vista, Editora da UFRR, p. 32, 2019.

FEIJÓO, A. M. L. Calvo de; GOTO, T.A.; É Possível a Fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia? **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa** v 32, n 4, p. 1-9, 2016.

FRANCO, M. H. P. Crises e desastres: a resposta psicológica diante do luto. **Revista O Mundo da Saúde,** São Paulo. v 36, n 1, p. 54-58, 2012.

_____. FRANCO, M. H. P. Porque Estudar o Luto na Atualidade: In: FRANCO, M. H. P. (Org.) **Formação e Rompimento de Vínculos: O Dilema das perdas na Atualidade,** São Paulo: Summus, 2010. p.17-38.

FRANQUEIRA, A. M. R., MAGALHÃES, A. S., FÉRES-CARNEIRO, T. O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães. **Estudos de Psicologia.** Campinas. v 32 n 3. p 487-497, julho – setembro, 2015.

FREITAS, J. L. Luto e fenomenologia: Uma proposta compreensiva. **Revista da Abordagem Gestáltica** - Phenomenological Studies, v. XIX, n. 1, p. 97-105, jan/jul. 2013.

FREITAS, J. L.; MICHEL, L. H. F. **A maior dor do mundo:** o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicologia em Estudo,* Maringá, v. 19, n. 2, p. 273/283, abr./jun. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. O projeto da pesquisa fenomenológica. In: Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos, 4, 2010, Rio Claro, SP. **Anais [do] IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos.** Verilda Speridião Kluth, Tadeu dos Santos, organizadores. - São Paulo: [s.n.], 658 p, 2010.

GIORGI, A.; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em Psicologia**. Lisboa: Fim de século, 2010.

GOTO, T. A. **Introdução à Fenomenologia e a Psicologia Fenomenológica**. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=_RR9dHtF3e4>. Acesso em: 12 setembro 2017.

HEERDT, M. L. **Metodologia científica e da pesquisa**. 5 ed. rev. e atual. – Palhoça : UnisulVirtual, 2007. 266 p.: il.; 28 cm.

HOLANDA, A. F. **Fenomenologia e Humanismo**: reflexões necessárias. Curitiba: Juruá, 2014.

HOLANDA, A. F. **Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica**. *Análise Psicológica*, v. 3, n. 24, p. 363/372. 2006.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. Maria Júlia Kovács coordenadora. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes (P. Menezes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. 1996.

KUROGI, L.T. **Mães sem nome: a perda de um filho por assassinato**. 2015. 184p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2015.

MAUTONI, M. A. A. G.; ALMEIDA, T. C. S. **Luto pela morte do filho: espiritualidade e resiliência psicológica**. *CES REVISTA*, Juiz de Fora, v 29, n 2, p. 158-175, ago./dez. 2015.

MARVILA, W. S.; GONÇALVES, L. M.; FERREIRA, N. **A dor por trás do luto materno: uma investigação acerca dos mecanismos de sobrevivência criados a partir do luto**. Trabalho de Conclusão de Curso; (Graduação em Psicologia) - Faculdade do Espírito Santo, 2016.

MAZOCCO, K. C. et al. Influência da espiritualidade no processo de luto. **Revista Científica do Unisaesiano**, LINS, São Paulo, ano 7, n 15, julho/ dezembro, 2016.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MORELLI, A. B.; SCORSOLONI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. **Impacto da morte do filho sobre a conjugalidade dos pais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2711/2720. 2013.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Tradução: José Carlos Barbosa, Carla Versace e Mauro Silva. São Paulo: McGraw, 2009.

PARKES, C. M. **Luto**: Estudos sobre a perda na vida adulta. Tradução: Maria Helena Franco. 3 ed. São Paulo: Summus. 1998.

_____. **Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações.** Tradução: Maria Helena Franco. São Paulo: Summus C. M. 2009.

PASCOAL, M. Trabalho em grupo com enlutados. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v 17, n 4 p. 725-729, out./dez. 2012

PEREIRA, S. M.; PIRES, E. F. As experiências de perdas e luto na contemporaneidade: um estudo bibliográfico. **Revista educação**. 2018.

PIMENTA, S. O. **A morte de um filho para uma mãe: luto, melancolia e identificação.** 2014. 121p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RANIERI, L. P.; BARREIRA, C. R. A. **A entrevista fenomenológica.** Universidade de São Paulo. IN: Anais IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos SIPEQ –ISBN -978-85-98623-04-7. 2010. Disponível em: <www.sepq.org.br/IVsepeq/anais/artigos/46.Pdf. anais IVsepeq_ISBN>. Acesso em: 12 maio 2017.

RUDIO, F. V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica.** 34. ed. Petrópolis, Vozes. 2007.

SANCHES, V. M. C. **Luto materno e o vínculo com o filho substituto.**2012.130f. (Mestrado em Psicologia clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

SEGALLA, G. S. **Laços maternos da mãe que perdeu um de seus filhos.** – Curitiba, 2017. 161f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

SILVA J. M. O.; LOPES R. L. M.; DINIZ, N. M. F. **Fenomenologia.** Rev Bras Enferm. v 61, n 2, p. 254-257. Brasília, mar/abr. 2006.

SILVA, P. C. G. **A fenomenologia de Husserl: uma breve leitura.** 2009. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/256491063/A-Fenomenologia-de-Husserl>>. Acesso em: 14 setembro 2017.

SILVEIRA, R. Z.; FISHER, C.; OLIVIER, M. **A Fenomenologia como Método de Pesquisa: uma Análise a Partir dos Trabalhos Publicados nos Principais Eventos e Revistas Nacionais em Administração - 1997 a 2008.** 2010. Disponível em: <www.anpad.org.br/admin/pdf/eor1443.pdf>. Acesso em: 13 setembro 2017.

TAVERNA, G.; SOUZA, W. **O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento.** Caderno Teológico da PUCPR. Curitiba, v 2, n 1, p.38 - 55, 2014.

TERRA, M. G. et al. **Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem. v 15, n 4, p. 672-8. Florianópolis, Out/Dez. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos**. 2. ed. Curitiba: UFPR, 1992. v. 2.

WORDEN, J. W. **Terapia do luto**: um manual para o profissional de saúde mental. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

ZILLES, U. **Fenomenologia e teoria do conhecimento em Husserl**. Revista da Abordagem Gestáltica, v. XIII, n. 2, p. 216-221, jul/dez. 2007.

APÊNDICES

Boa Vista, RR _____ de _____ de _____.

Para fins de esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Alcineide Mendes de Sousa. Email: alcineide.mendes@oi.com.br
Fone: (95) 98124-9652 / 99142-1336

Nome: Joelma Ana Gutiérrez Espíndula. e-mail: espindulajoelma@gmail.com
Endereço: Av: Capitão Ene Garcez, N°2413 - Bairro: Aeroporto , Centro de Educação (CEDUC), Bloco I, sala 4 (quatro), Boa Vista-RR. Fone: (95) 98104-5627 ou 36213103

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA

ROTEIRO DA ENTREVISTA

DADOS GERAIS – caracterização das participantes

Nome fictício (sentimento):

Idade:

Escolaridade:

Religião:

Situação conjugal:

Número de filhos:

Tempo de internação/tratamento do filho

Pergunta disparadora:

Conte-me qual é o significado da perda do filho para a senhora?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

APÊNDICE C - RELATÓRIO DO PRODUTO TÉCNICO

FORMAÇÃO DE GRUPOS DE MÃES ENLUTADAS

INTRODUÇÃO

As pessoas que enfrentam a perda de alguém vivenciam um momento de crise em que o enlutado sente saudade do ente falecido e chora ele. Tal processo é caracterizado por episódios agudos de dor, ansiedade e dor psíquica que pode colocar em risco a saúde mental do indivíduo em algum momento e, nesses casos, existe a necessidade de um trabalho psicológico (PARKES;1998).

Durante o processo de luto há reações já esperadas, entretanto, a intensidade com que aparecem indicam se está seguindo seu curso natural ou o luto pode tornar-se complicado. Conviver com a dor e a saudade pode desencadear um processo disfuncional, de não aceitação da morte. Tal situação requer um acompanhamento sistemático de profissionais da saúde no sentido de contribuir na resolução da crise que permeiam o processo de luto (ESSLINGER, 2008; FREITAS e MICHEL, 204).

Nos Estados Unidos, um grupo de psiquiatras defendeu a teoria que associou sentimentos de desesperança e desamparo decorrentes do luto ao câncer; através do referido estudo, 71% de mulheres enlutadas foram diagnosticadas com câncer de colo, doenças como glaucoma, câncer, distúrbios cardiovasculares, pneumonia, tuberculose, artrite reumatoide e colite ulcerativa (Klerman e Izen1977; Glick et al., (1974) apud PARKES, 1998).

Parkes e Weiss (1983) apresentaram os resultados da Pesquisa de Harvard, na qual enlutados manifestaram depressão e distúrbios emocionais gerais, através de comportamentos de inquietude, insônia, dificuldade em tomar decisões e de memorização. Na pesquisa de Mann (1987) 8% de mulheres que perderam o filho tentaram suicídio. Conforme pesquisas apresentadas por Parkes (1998), de uma forma ou de outra são as mulheres que sempre saem da experiência de luto com

mais problemas psicológicos do que os homens.

O luto materno constitui um tema relevante devido ao risco de comprometimento da saúde de quem vive o processo. Nesse sentido, é mandatória a atenção e acolhimento dessas mães, que, por diversos fatores, entre eles o social e econômico, não têm acesso a uma assistência adequada.

Yalom (2006) afirma que a terapia de grupo é uma forma efetiva de psicoterapia e proporciona benefícios significativos tanto quanto a terapia individual. Uma destas modalidades são os grupos de ajuda recíproca. O comprometimento com transformações pessoais é importante não somente para o próprio indivíduo; o grupo todo se beneficia, uma vez que os participantes servem como modelos uns para os outros. Um modelo positivo – a superação do mesmo problema conseguida por um colega de grupo – vai reforçar a prática de todos (LEVINE, 1988; OSÓRIO, 2007; SANCHEZ VIDAL, 1991).

OBJETIVO GERAL:

- Permitir que às mães enlutadas, sob a supervisão de um profissional da Psicologia, se expressem, exponham sua dor, seus sentimentos que geralmente são reprimidos por vergonha, desconhecimento e por cobranças de atitudes que sofrem no seu cotidiano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Elaborar um plano individual para acompanhamento das mães conforme as necessidades identificadas durante as reuniões
- Contribuir com o tratamento terapêutico e a elaboração do processo de luto

METODOLOGIA:

O projeto será direcionado para mães que perderam seus filhos, independentemente da idade, tipo de morte ou tempo do luto. As reuniões serão realizadas na residência delas, conforme aceitação e interesse de cada uma, de maneira alternada, a fim de estreitar os laços de amizade e convivência entre o

grupo. Estarão envolvidos no projeto profissionais da área de Enfermagem, Medicina e Psicologia.

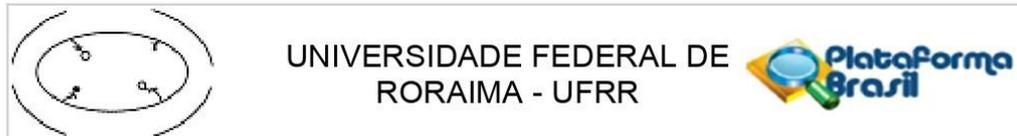
Inicialmente serão encontros quinzenais, depois poderão ser mensais, a depender da necessidade do grupo, com duração de 1h30 min. O trabalho em grupo para estas pacientes foi efetivo e trouxe mudanças significativas no quadro

A primeira reunião será para acolhimento e apresentação das participantes, onde cada uma poderá compartilhar a sua história de perda. A partir disso, será elaborado um cronograma com as demandas acordadas pelo próprio grupo.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO A – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudos em Saúde mental dos usuários, familiares e profissionais na rede psicossocial e na comunidade: um olhar da Psicologia

Pesquisador: Joelma Ana Espíndula

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58455916.5.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: CARTA INFORMATIVA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Justificativa: Informação referente aos subprojetos vinculados ao projeto guarda-chuva.

Data do Envio: 12/12/2017

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.486.436

Apresentação da Notificação:

Informar ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR a vinculação dos subprojetos:

- 1) Saúde mental de adolescentes que se autolesionam em uma escola pública: um estudo fenomenológico;
- 2) Saúde mental e estratégias psicossociais para o enfrentamento da homossexualidade e prática religiosa: um olhar fenomenológico;
- 3) Estudo das vivências de profissionais da saúde mental em projetos de inclusão em Centros de Atenção Psicossocial em Boa Vista, Roraima, por meio do método fenomenológico;
- 4) Profissionais nos serviços em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): sobrecarga, estresse e qualidade de vida;
- 5) Contribuições da fenomenologia na psicologia clínica do transtorno de hábitos e impulsos de uma jovem: estudo de caso;

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 2.486.436

- 6) Compreendendo o significado dos modos de ser-no-mundo dos usuários com transtorno mental em um CAPS-III de Boa Vista-RR;
- 7) Luto materno: a ressignificação do viver após a perda de um filho com câncer;
- 8) Vivência comunitária dos venezuelanos que migraram para Boa Vista-RR: um olhar a partir da fenomenologia de Edith Stein;
- 9) Contribuições da fenomenologia na psicoterapia em situação de separação dos pais: estudo de caso.

Estes sub-projetos estão vinculados ao projeto guarda-chuva intitulado: "Estudos em saúde e mental de usuário, família, profissional e trabalhador na rede psicossocial na instituição e na comunidade urbana e rural: um olhar da Psicologia". O projeto guarda-chuva é um Projeto de pesquisa com duração de cinco anos (2016/2021) com o propósito de desenvolver subprojetos de pesquisas de iniciação científica, trabalhos de conclusão de curso (TCC) e mestrados, principalmente com os alunos do curso de graduação em Psicologia da UFRR, alunos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) e o sub-projeto de Pós-doutorado da docente.

Objetivo da Notificação:

Informar ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR a vinculação dos subprojetos ao projeto guarda-chuva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, a pesquisa oferece riscos mínimos como a possibilidade de eventual desconforto psicológico pela manifestação de diferentes emoções, como por exemplo, a tristeza gerada pela reflexão e/ou pela recordação que alguma pergunta possa desencadear ao participante.

Os benefícios em participar deste estudo consistem em contribuir com a produção de conhecimento para prevenir e promover o desenvolvimento pleno e positivo, ao longo do ciclo vital, e assim, auxiliar os indivíduos a vivenciarem de forma mais apropriada e saudável as etapas e os desafios em diferentes âmbitos da vida, inerentes a cada período de vida.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A pesquisa é relevante, segundo a pesquisadora, pois visa discutir a temática da saúde mental especialmente em relação a atuação do psicólogo com usuários, familiares e profissionais em diferentes instituições, no município de Boa Vista, no âmbito urbano e rural, visando uma reflexão sobre a prática dos profissionais nesses diversos contextos, nas diferentes fases do desenvolvimento, em uma abordagem qualitativa e fenomenológica.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 2.486.436

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as exigências da Resolução Nº 466/12.

Recomendações:

Sugere-se a aprovação do Colegiado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Notificação aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Notificacao_Carta_informativa.pdf	12/12/2017 14:40:45	Joelma Ana Espíndula	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 05 de Fevereiro de 2018

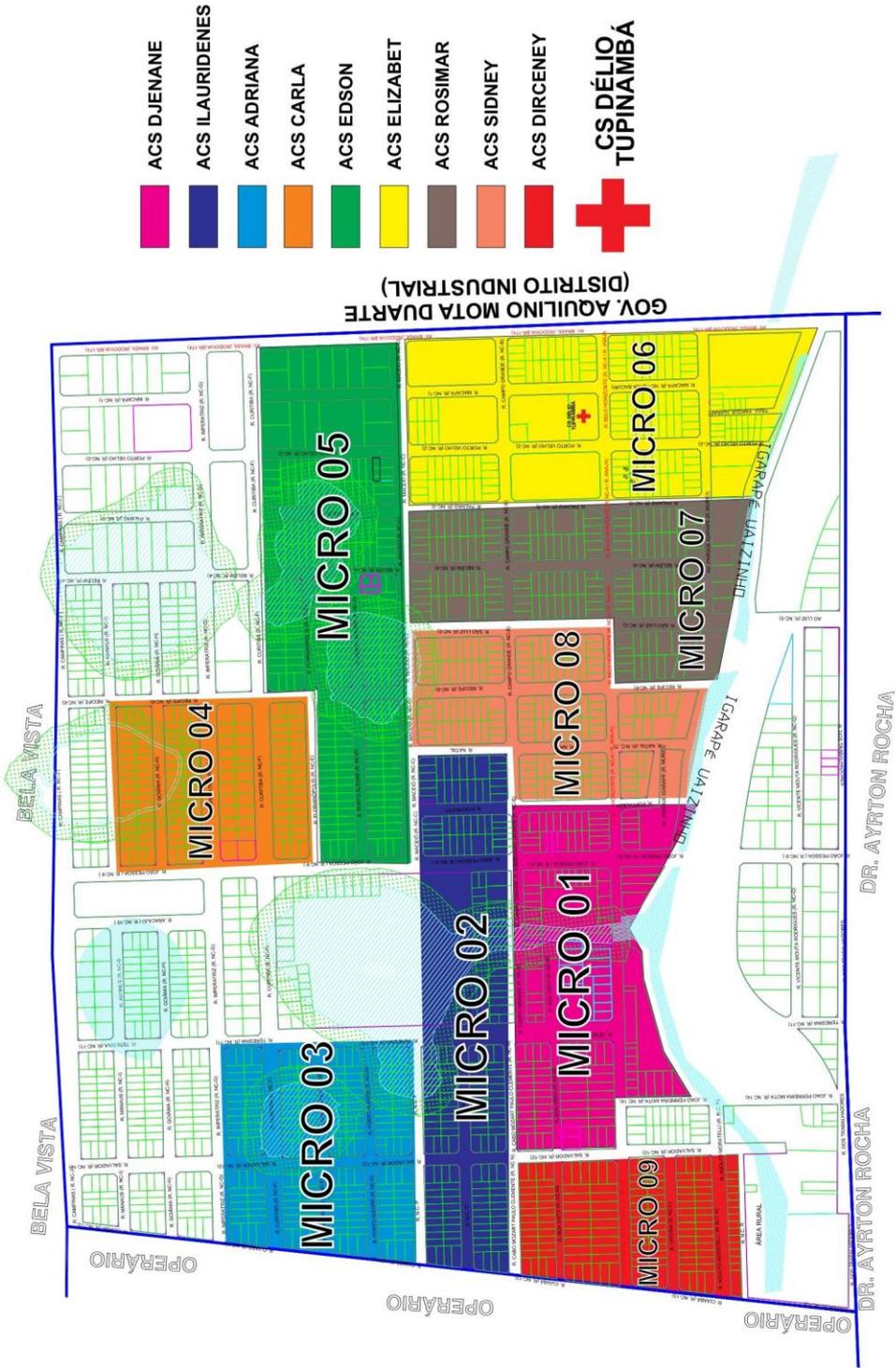
Assinado por:
MANUELA SOUZA SIQUEIRA CORDEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO B – MAPA MICROÁREA 5.8

CENTRO DE SAÚDE DÉLIO OLIVEIRA TUPINAMBÁ - MACROÁREA 8.0



GOV. AQUILINO MOTA DUARTE
(DISTRITO INDUSTRIAL)