



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

O LUTO DA MULHER DE TERCEIRA IDADE: A VIVÊNCIA DE QUEM FICOU VIUVA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Cuidados Paliativos

Por
Lídia Maria Henriques Rego

Lisboa, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O LUTO DA MULHER DE TERCEIRA IDADE: A VIVÊNCIA DE QUEM FICOU VIUVA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Cuidados Paliativos

Por
Lídia Maria Henriques Rego

Sob a Orientação de Doutor José Carlos Bermejo Higuera
e Co-orientação de Mestre Ana Rita Camara Pestana de Almeida
Alves de Almeida D' Eça

Lisboa, 2012

RESUMO

Introdução: A presente investigação insere-se na temática do luto em cuidados paliativos e tem como objectivo a compreensão da vivência do luto da mulher idosa, após perda do conjugue acompanhado em cuidados paliativos.

Material e métodos: A investigação foi do tipo qualitativo, fenomenológico. Foram realizadas nove entrevistas abertas, registadas com gravador áudio e transcritas posteriormente para análise do fenómeno em estudo.

Resultados: Desta vivência de luto, destaca-se a expressão emocional de sofrimento e elaboração de significados pela narrativa (em relação ao casamento, vivência da doença e história pessoal), a importância do suporte social e dos próprios recursos pessoais, nomeadamente espiritualidade/ religiosidade.

Conclusões: A integração dos conhecimentos da Gerontologia e Geriatria nos Cuidados Paliativos será facilitadora de respostas preventivas, efectivas e holísticas às necessidades desta população em luto.

Palavras-chave: Luto, cuidados paliativos, viuvez, idosos, mulheres

ABSTRACT

Introduction: This research is part of the theme of bereavement in palliative care and has as aim the understanding of the older women's bereavement experience, after loss of spousal in palliative care.

Material and method: The research was qualitative, a phenomenological one. Nine interviews were made, áudio recorded and with a follow transcription to analyse the phenomem in study.

Results: From the lived experience highlights their emotional expression of suffering and making sense through narrative (in relation to marriage, experience of the disease and personal history), the importance of social support and their own personal resources, including spirituality / religiosity.

Conclusions: The integration of gerontology and geriatric knowledge in Palliative Care will be a facilitator of preventive, holistic and effective answers to the needs of this bereavement population.

Key words: Bereavement, palliative care, widowhood, older people, women

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e ao mano músico, antes que tudo porque aceitaram as minhas decisões e sempre me apoiaram no percurso académico. Agradeço também pelo gigante investimento e pela tolerância oferecida ao longo de todo este tempo.

Ao orientador, Dr. José Carlos Bermejo, pelas inesquecíveis aulas de comunicação na Universidade Católica, pelos ensinamentos partilhados nos livros, pelo exemplo de vida como Camiliano e pela disponibilidade desde início para orientar esta investigação.

À co-orientadora, Professora Ana Rita Alves, que pela proximidade, apoio sincero e presença animadora, sempre constante na caminhada fenomenológica que fizemos.

À Universidade Católica Portuguesa, na pessoa do Prof. Luís Manuel Capelas, pela qualidade de ensino no Mestrado, pelo apoio na dissertação e na organização do convénio para estágio extra-curricular na Unidade de Cuidados Paliativos, de San Camilo em Tres Cantos, Madrid, a quem também agradeço todo o carinho, disponibilidade e atenção.

À Associação portuguesa de Cuidados Paliativos que atribuiu a bolsa para apoio à realização desse mesmo estágio extra curricular, cuja prática era necessária para que sentisse cumprida a formação avançada em Cuidados Paliativos.

À pessoa mais especial do Mestrado de Cuidados Paliativos, a Enfermeira Sónia Godinho, que me acompanhou no curso, mas muito além dele, na aventura do estágio e numa amizade sempre próxima e disponível.

Às já imensas pessoas que olharam por mim, acreditaram em mim, estiveram comigo nos bons e maus momentos, e que me foram abraçando de modo sincero ao longo dos meus quase 30 anos. Foi também por eles que fiz este caminho e é por eles que o continuarei a fazer, porque “Sempre chegamos ao sítio aonde nos esperam”.

Por fim, mas não menos importantes, às três instituições que aceitaram a minha proposta de investigação e da forma, mais especial possível, agradeço às nove mulheres entrevistadas por toda a confiança e riqueza compartilhada, foram horas inesquecíveis!

Um enorme bem-haja a todos!

INDICE

I.	INTRODUÇÃO.....	p. 9
II.	REVISÃO DE LITERATURA	
1.	Cuidados paliativos.....	p.13
1.1.	Os desafios actuais dos cuidados paliativos.....	p.14
1.1.1	Controlo de sintomas.....	p.15
1.1.2	A comunicação.....	p.16
1.1.3	Apoio à família.....	p.16
1.1.4	Trabalho em equipa.....	p.17
1.2.	Os cuidados paliativos em Portugal.....	p.18
2.	O luto.....	p.21
2.1.	O luto no contexto dos cuidados paliativos.....	p.28
3.	O luto dos idosos	
3.1.	O luto dos idosos – enquadramento gerontológico.....	p.35
3.2.	O luto no caso especifica da viuvez feminina da terceira idade.....	p.45
3.3.	O panorama Português no luto da mulher idosa viúva de conjugue falecido em cuidados paliativos.....	p.57
III.	PROBLEMAS DE ESTUDO.....	p.61
IV.	METODOLOGIA.....	p.65
1.1.	Metodologia geral.....	p.65
1.2.	Aspectos éticos.....	p. 69
V.	RESULTADOS/ DISCUSSÃO.....	p.71
VI.	CONCLUSÕES.....	p.107
VII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	p. 115
VIII.	APÊNDICE	
1.	Consentimento informado	p.135
2.	Guia e ficha síntese de entrevista	p.136
3.	Ficha síntese e transcrição entrevista N1	p.138
4.	Ficha síntese e transcrição entrevista N2.....	p.146
5.	Ficha síntese e transcrição entrevista N3.....	p.159
6.	Ficha síntese e transcrição entrevista N4.....	p.167
7.	Ficha síntese e transcrição entrevista N5.....	p.176
8.	Ficha síntese e transcrição entrevista N6.....	p.204

9. Ficha síntese e transcrição entrevista N7.....	p.211
10. Ficha síntese e transcrição entrevista N8.....	p.227
11. Ficha síntese e transcrição entrevista N9.....	p.244

I. INTRODUÇÃO

A presente investigação insere-se no âmbito do Mestrado de Cuidados Paliativos da Universidade Católica de Lisboa e enquadra-se no domínio do luto, especificamente no tema do luto conjugal da mulher idosa, com mais de 65 anos, e a sua vivência da viuvez, após perda do conjuge acompanhado em cuidados paliativos.

A escolha do tema teve essencialmente a ver com a minha experiência anterior de acompanhamento de casos em contexto de apoio domiciliário, em que encontrei uma grande prevalência de homens que faleceram em situação de doença crónica avançada e irreversível, e de sofrimento das suas mulheres, idosas e suas cuidadoras, que ficaram viúvas pós sua morte.

Tendo em consideração o actual contexto sócio demográfico Português, - o envelhecimento crescente da população; a elevada esperança de vida, superior para as mulheres; e o grande número de esposas cuidadoras dos maridos com doenças crónicas e sua necessidade de cuidados paliativos – considereei que a investigação do tema acrescentaria valor claro às práticas actuais das equipas e corpo de conhecimento geral de Cuidados Paliativos.

Além do mais, a viuvez é descrita por si só como uma crise grave na terceira idade, apesar de extremamente prevalente, e está descrita, no âmbito de cuidados paliativos, como um dos lutos que reúne variados factores de risco para luto patológico.

O interesse pela investigação na área aumentou pela actual função que tenho como tutora de Gerontologia na FUNIBER – Fundação Universitária ibero-americana, que me permitiu aumentar os meus conhecimentos e estar mais actualizada e sensibilizada para as áreas de conhecimento que dizem respeito à população idosa.

Tive também oportunidade, no percurso do mestrado, de realizar um estágio extra curricular numa Unidade de Cuidados Paliativos, em San Camilo, Tres Cantos, o que enriqueceu a minha perspectiva sobre o acompanhamento em luto, novamente, de forma especial com a população idosa.

Dada a escassez de conhecimento actual do tema, em geral, mas mais especificamente no contexto Português, propus um estudo qualitativo, recorrendo à tipologia Fenomenológica que descrevesse, através de entrevista aberta, a experiência de

luto das mulheres idosas cujos conjugues tinham falecido em acompanhamento de equipas de cuidados paliativos.

Foram entrevistadas um total de nove mulheres idosas viúvas, cujo marido tinha falecido entre 6 meses a 1 ano e meio antes, em contexto de cuidados paliativos. As vivências partilhadas na sua entrevista tinham, após análise, o objectivo de compreensão dessa mesma vivência. Especificamente, os objectivos gerais propostos foram:

- Explicitar a experiência de luto das mulheres de terceira idade cujos conjugues morrem no âmbito de cuidados paliativos
- Identificar sentimentos, pensamentos e comportamentos associados à vivência de viuvez nas mulheres de terceira idade

A investigação apresentada nesta dissertação de mestrado irá ter incluída na Revisão de Literatura (que se segue a esta introdução) os seguintes tópicos gerais:

- Cuidados Paliativos: Inclui Desafios actuais e breve caracterização dos cuidados paliativos em Portugal
- Luto: Inclui a revisão de literatura do luto no âmbito de cuidados paliativos
- Luto dos idosos: Inclui um enquadramento gerontológico; a caracterização da especificidade da viuvez feminina e o panorama Português na área

Estes tópicos permitem enquadrar as secções seguintes de:

- Problema em estudo
- Metodologia, incluindo considerações éticas
- Resultados/ Discussão
- Conclusões.

Não sendo objectivo da presente investigação qualitativa gerar qualquer conclusão que se generalize a toda a população que vive o fenómeno da viuvez na terceira idade em cuidados paliativos, pretendo que de alguma forma, se ilumine um pouco mais esta área do conhecimento e se sigam a ela, novas investigações sobre esta realidade.

Creio que poderá também, facilitar a distinção de melhores formas de avaliação, acompanhamento e intervenção. No fundo, espero, que a compreensão desta especificidade do luto ofereça aos cuidados paliativos uma visão do que são as necessidades sentidas desta população e quais as melhores formas de melhorar a sua qualidade de vida.

O luto da mulher de terceira idade: a vivência de quem ficou viúva

II. REVISÃO DE LITERATURA¹

1. Os Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos “surgiram” nos anos 60-70 de um esforço de humanização de cuidados vocacionados a doentes ditos terminais, em fim de vida, pela mão de Cicely Saunders, na Inglaterra e Elizabeth Kubler-Ross nos USA.

Hoje, ainda que a sua implementação e aplicação efectiva seja questionável, os Cuidados Paliativos, definem-se por uma *“abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também os psicossociais e espirituais.”* (OMS, 2002 cit. Neto, I. 2010, p.3).

Como Neto (2010) e o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2004) apontam, os cuidados paliativos visam uma abordagem holística da pessoa doente e sua família, dependendo a sua qualidade de equipas profissionais formados e cuidados do foro médico, da enfermagem, psicologia, serviço social, do acompanhamento espiritual e de todos aqueles que as necessidades do doente exijam para serem devidamente respondidas.

Os cuidados paliativos pressupõem ser prestados desde o diagnóstico de uma doença crónica (não circunscrita a casos oncológicos, mas cada vez mais vocacionados para casos de demência, doenças neuro degenerativas, falência de órgão, HIV, etc.), por antecipação das necessidades futuras em cada caso “doente – família”. Deveriam avançar complementarmente aos cuidados curativos, que com o avançar do tempo, esgotam as suas possibilidades, promovendo assim a qualidade de vida e dignidade, em vida e na morte, prolongando-se no acompanhamento do luto familiar (Chochinov, 2006; Neto, 2010).

Afirmam-se assim, defensores da vida de quem sofre, combatendo o mais rigorosa e activamente possível qualquer sofrimento, quer físico, nomeadamente a dor, social,

¹ Mediante a filosofia da investigação qualitativa Fenomenológica, esta revisão foi realizada apenas superficialmente na apresentação do Projecto de Dissertação e foi realizada de forma aprofundada apenas no fim da realização e análise das entrevistas.

psicológico ou espiritual, impondo-se contra a crença de que, em fim de vida, “já não há nada a fazer” e surgindo como resposta aos pedidos de eutanásia ou suicídio assistido, que, ao contrário, terminam com a vida de quem sofre e não com o sofrimento (Neto, 2010; Serrão, 1998).

Há larga evidência que a sua implementação (Capelas & Neto, 2010; Gómez-Batiste, Porta, Tuca & Stjernward, 2005), tem um impacto positivo no bem-estar de doentes e famílias e, não pressupondo um maior custo nos sistemas de saúde, mas antes um investimento e uma possibilidade de prevenção de custos maiores, as múltiplas organizações, associações e profissionais de saúde envolvidos na área, mantêm um esforço no actual panorama mundial de crise financeira, de promover a disseminação sólida e adequada destes cuidados, quer a nível dos cuidados de saúde primários, nomeadamente comunitários e domiciliários, quer a nível do internamento hospitalar. Independentemente do sucesso de implementação em alguns países e da recepção entusiasta da filosofia de cuidados e do seu esforço de reconhecimento como um direito humano, em casos como os da Espanha, Reino Unido, Canadá ou Austrália, a resposta mantêm-se sempre insuficiente, pelo crescente envelhecimento populacional, aumento da esperança de vida generalizada nos países desenvolvidos e aumento proporcional das doenças crónicas que impedem um envelhecimento saudável (Astudillo, Mendinueta & Bátiz, 2008a; Davies & Higginson, 2004a; 2004b; Menéndez, 2006; Villar & Triadó, 2006a; Triadó, 2006).

Mantém-se porém a certeza que estes cuidados são humanamente fundamentais e urgentes e que têm de continuamente ser melhorados nas suas bases interdependentes: **controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa** (Twycross, 2003):

1.1. Os desafios actuais dos cuidados paliativos

Sendo possível encontrar inúmeras revisões e sugestões de melhorias dos cuidados paliativos, apresso de seguida, algumas das áreas aos quais os especialistas estão actualmente mais atentos e para as quais se buscam mais activamente desenvolver respostas sólidas. A sua apresentação é variável e discutível, tendo eu, pessoalmente optado por fazer uma organização segundo os pilares anteriormente mencionados (Twycross, 2003):

1.1.1. Controlo de sintomas

Considerando as largas publicações, investigações, manuais e protocolos editados e publicados nos diversos países, considero que há uma sólida evolução nos conhecimentos que a medicina paliativa tem sobre os sintomas em cuidados paliativos e sobre a acção e efectividade da terapêutica farmacológica que mais se associa a cada um deles (Davies & Higginson, 2004b).

Não obstante, e considerando, a continuidade da investigação e a contínua vivência clínica dos profissionais da área junto dos seus doentes encontro ainda necessidade de seguir a investigação, procurar continuamente evidências científicas para as nossas práticas e solidificar conhecimentos nas áreas do prognóstico em cuidados paliativos (Tavares, 2010), decisões clínicas e ética em fim de vida (Ferraz Gonçalves, 2009; Serrão, 1998) da especificidade dos cuidados em áreas não oncológicas, como as demências (Neto, 2010), ou mesmo no controlo em casos de sintomas mais raros e de difícil manejo.

Por outro lado, creio que também há um largo caminho a percorrer na avaliação e diagnóstico de sintomas, no uso efectivo e sistemático das escalas e instrumentos já traduzidos e validados para cada país, por parte das equipas. O recurso a terapias não farmacológicas para intervenção nos sintomas para os quais já está descrita a sua efectividade (como o caso da Acupunctura entre outros) também me parece longe de ser prática comum (Astudillo & Mendinueta, 2008; Doyle & Jeffrey, 2000).

Por fim, e reconhecendo o desejo geral de um doente e família, permanecer e falecer em casa, e do potencial de resposta que os serviços de apoio domiciliário têm para garantir os cuidados até ao fim de vida nessa condição, considero um desafio aos cuidados paliativos, o de adequar cada vez mais os ensinamentos terapêuticos e a terapêutica em si mesma, à sua administração e acompanhamento na casa do doente, sem compromisso da sua qualidade de vida e dignidade (Astudillo et al, 2008a; Carr, Wortman & Wolf, 2006; Davies & Higginson, 2004a; 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010; Hudson et al., 2012; Kane, Ouslander & Abrass, 2005; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Sheldon, 1997).

1.1.2. A comunicação

Há evidência que a boa comunicação (empática, baseada nos princípios Rogerianos humanistas) está associada a melhores cuidados, desde o diagnóstico, à comunicação de más notícias até ao acompanhamento em fim de vida e luto.

Na área da comunicação, e existindo já sólidos instrumentos e abordagens do doente e família na sua vivência da doença e morte, creio que o maior esforço é neste momento, o promover o seu treino, a nível de desenvolvimento pessoal e competências profissionais e implementar efectiva e consistentemente as boas práticas de comunicação nos serviços de forma multidisciplinar (Bermejo, 2011; Davies & Higginson, 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; Ferreira, 2009; Guarda et al., 2010; Sapeta & Lopes, 2007)

Dou exemplo dos Protocolos de transmissão de más notícias (Baile, Buckman, Lenzi, Guber, Beale, & Kudelka, 2000; Gómez Sancho, 2006) e o recurso à realização de “Conferências familiares” no decurso do acompanhamento de doentes e famílias (Doyle & Jeffrey, 2000; Guarda et al., 2010; Neto, 2003; Neto & Trindade, 2007; Sheldon, 1997).

Se estes recursos forem efectivamente usados na prática dos nossos profissionais em cuidados paliativos, mais facilmente conseguiremos dar resposta a pedidos de conspiração do silêncio, uma das preocupações mais partilhadas nas equipas (Arranz, Barbero, Barreto, & Bayés, 2005; Bermejo, Villaciers, Carabias, Sánchez & Díaz-Albo, 2012; Doyle & Jeffrey, 2000; Menéndez, 2006; Sapeta & Lopes, 2007).

1.1.3. Apoio à família

A melhoria dos aspectos comunicacionais são já uma resposta positiva aos desafios que os cuidados paliativos encontram no apoio à família.

Além disso, creio que há dois grandes desafios actuais no seu acompanhamento: a atenção, avaliação e resposta efectiva às suas dimensões holísticas, nomeadamente área social e espiritual, sem descurar nenhum dos outros; e acompanhamento adequado no seu luto, dando-se uma especial atenção para os casos em que são detectados factores de risco para lutos complicados ou patológicos (Barbosa, 2010; Carr, et al., K., 2006; Davies &

Higginson, 2004a; Doyle & Jeffrey, 2000; Ferreira, 2009; Guarda et al., 2010; Hudson et al., 2012; Kissane & Zaider, 2010; Richardson, 2006; Sheldon, 1997; Worden, 2010).

Creio que esta área está já largamente estudada, mas não exaustivamente para todos os casos e populações e faz falta ainda, e acima de tudo, a proactividade das instituições e equipas no seu acompanhamento, assegurando assim, tal como previsto pela OMS (2002, cit. Neto, 2010; Davies & Higginson, 2004b; Hudson et al., 2012), a continuidade dos cuidados paliativos pós morte do doente.

Estando esta dissertação precisamente ligada ao tema do Luto em cuidados paliativos, este tema será adiante mais detalhadamente enquadrado.

1.1.4. Trabalho em equipa

Podendo incluir aqui alguns dos desafios anteriormente mencionados, porque todos estes pilares estão ligados entre si e dependentes deste trabalho de equipa, julgo que há ainda outros aspectos desafiantes aos cuidados paliativos para uma resposta cada vez melhor aos doentes que acompanhamos:

Por um lado, creio que é crucial o cruzamento dos cuidados paliativos com demais especialidades médicas e a abertura destas mesmas especialidades aos conhecimentos dos cuidados paliativos, claro. Refiro-o, quer teoricamente, quer na prática clínica das instituições. Este cruzamento pode dizer respeito aos casos da pediatria, da geriatria (Davies & Higginson, 2004a; 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000) ou de especialidades relacionadas com as nossas funções orgânicas, cardiologia, pneumologia, neurologia, e afins. O benefício da cumplicidade dos domínios médicos resultaria em optimização de cuidados ao doente.

Outro aspecto é a construção de equipas verdadeiramente multidisciplinares que trabalhem conjuntamente, conhecendo as competências de cada uma e agindo conjuntamente em resposta às múltiplas necessidades dos doentes e famílias. Sendo as necessidades desta díade, de diversas dimensões, apenas com profissionais das diversas áreas de saber, e com a devida formação e treino em cuidados paliativos, é possível

assegurar a resposta efectiva a essas mesmas necessidades (APCP, 2006a; 2006b; Davies & Higginson, 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; EAPC, 2004; 2007).

1.2. Os Cuidados Paliativos em Portugal

Os cuidados paliativos em Portugal iniciaram-se nos anos 90 em Portugal na Unidade de Dor do Hospital do Fundão, nos Institutos do Cancro do Porto e Coimbra e na equipa domiciliária de cuidados continuados de Odivelas (Lourenço Marques et al., 2009).

Foi fundada em 1995, a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), no IPO do Porto, e hoje existe como Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), defendendo a sua filosofia e princípios junto dos profissionais de saúde, mas também junto da opinião pública e decisores políticos (consulta no site www.apcp.com.pt a 14.09.2012).

Em 2004, foram reconhecidos de forma mais pública com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, do Ministério da Saúde definindo-se como:

“Cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são cuidados activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. (p.7)”

Em 6 de Junho de 2006, foi publicado o decreto-lei n.º101/2006 que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que prevê também a prestação deste tipo de cuidados nas unidades.

Hoje existem em todo o país 22 equipas de cuidados paliativos, reconhecidas pela APCP (consulta no site www.apcp.com.pt a 14.09.2012), que cumprem entre outros, os critérios mínimos de formação da equipa (obrigatoriamente médico e enfermeiro com formação avançada prática e académica e os demais com formação inicial básica) e disponibilidade de fármacos recomendados pela IAHPC (APCP, 2006b).

Existem também inúmeras iniciativas, investigações e documentação que demonstra a crescente sensibilização dos profissionais pela área. São prova, entre outras, as edições do Manual de Cuidados Paliativos (1ª edição em 2006 esgotada e actual 2ª edição em 2010) pela Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, tendo como editores o Prof. Dr. António Barbosa e Dra. Isabel Galriça Neto.

A formação, estimulada de forma intensa pela APCP seguindo as guidelines internacionais (APCP, 2006a; EAPC, 2004; 2007) tem sido também crescente, quer no formato de cursos básicos (Nível 1) quer a nível da formação avançada, em formato de mestrados e pós graduações, de nível 3. O primeiro mestrado está aberto desde 2002 na Faculdade de Medicina de Lisboa e mantém abertura de mestrado até ao presente ano lectivo 2012-2013. Na Universidade Católica de Lisboa, onde apresento a presente tese, está já aberta em 2012-2013, a 5ª edição do mestrado.

Apesar do esforço formativo e do crescente de equipas competentes, Capelas (2009, p.56) apresentou-nos o longo caminho a percorrer para responder efectivamente às necessidades dos nossos doentes e famílias:

“ (...) cerca de 62000 doentes tiveram necessidade de cuidados paliativos. Serão necessárias 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários, constituídas por 266 médicos e 465 enfermeiros, 102 equipas de suporte intra-hospitalar que incluem 204 médicos e 357 enfermeiros, 1062 camas distribuídas por diferentes tipologias de recursos, 319 (28 unidades) em instituições de agudos, 531 (46 unidades) em instituições de crónicos, para as quais se necessita de cerca de 200 médicos e 490 enfermeiros/dia. As restantes necessidades de camas poderão ser resolvidas em lares.”

O autor expressa ainda algumas das preocupações partilhadas ao longo dos já seis Congressos Nacionais de Cuidados Paliativos organizados pela APCP (sendo que o último, em Outubro de 2012, foi simultaneamente I Congresso Lusófono de Cuidados Paliativos): é necessária uma maior articulação entre o sector público e privado para resposta às necessidades, uma implementação efectiva das propostas do programa de cuidados paliativos e cuidados baseados na investigação e evidência científica actual.

Por fim, mas não menos importante, e de acordo também com os desafios apresentados em 1.1. o autor defende, com base nos modelos de organizações de

cuidados paliativos da Europa (Capelas, 2009; Capelas & Neto, 2010; Doyle & Jeffrey, 2000; Gómez-Batiste et al, 2005) que é prioridade uma rede de cuidados paliativos domiciliários que conte com equipas multidisciplinares devidamente treinadas para o efeito.

Num estudo recente de Carvalho & Botelho (2011), sobre os cuidados de enfermagem em domicílio no âmbito de cuidados paliativos é ilustrada uma realidade em que os cuidados são descritos pela amostra de enfermeiros estudados (n=16) como cuidados curativos, sem possibilidade de uma abordagem holística por falta de formação, mas também por contingências descritas como externas; em que a comunicação assenta na escuta activa, mas não contempla por exemplo, questões espirituais ou promoção da autonomia do doente no processo; e em que a falta de possibilidade de apoio no luto também é justificada por limitações institucionais e o trabalho de equipa é descrito como francamente deficitário. Cerca de 70% dos enfermeiros considera que a resposta às necessidades detectadas é feita “aquém do desejável” e 50% faz uma avaliação dos resultados como “positiva, dentro das possibilidades”. As autoras concluem que são urgentes as melhorias nas condições de trabalho e implementação de medidas que possibilitem aos profissionais uma resposta efectiva em cuidados paliativos. Ferreira (2009) destaca a mesma necessidade na sua prática em cuidados domiciliários.

Temos ainda de, como já referi, adequar a nossa resposta às necessidades da nossa população e actualmente, tal como nos demais países desenvolvidos, Portugal, tem um crescente Índice de envelhecimento (nº idosos por cada 100 jovens). Actualmente o índice é de 129 na população total (152,7 se considerarmos apenas as mulheres idosas), sendo que os idosos (mais de 65 anos) representam já cerca de 19% da população (INE, 2011a).

Recentemente (2012) foi entregue pela APCP, a proposta de reconhecimento de Competência de Medicina Paliativa na Ordem dos Médicos, aguardando-se agora a decisão do Conselho Executivo. O mesmo processo está a ser realizado por um grupo de trabalho da APCP para reconhecimento da especialidade em enfermagem.

Conforme abordado no VI Congresso de Cuidados Paliativos (2012), e apresentado pela APCP (consulta no site www.apcp.com.pt a 15.10.2012), outros dois passos foram dados este ano no sentido de melhoria dos cuidados paliativos em Portugal: Foi publicada no passado dia 16 de Julho, a Lei 25/2012, Lei do Testamento Vital, e no passado dia 5 de

setembro, a Lei 52/2012 legislou a criação da nova Rede Nacional de Cuidados Paliativos que entrará em vigor em Janeiro de 2013.

2. O Luto

A morte de alguém significativo, traz sofrimento aos que o perdem nas suas vidas, reconhece-se nos enlutados manifestações emocionais, físicas, psicológicas, comportamentais e sociais (**Quadro 1**) diferentes de cultura para cultura, de época para época e diferente em cada sociedade, família ou indivíduo. É uma vivência única ainda que com aspectos comuns e diferenciadores, que quem se dedica a investigação na área tem procurado estudar ao longo das últimas décadas (Astudillo, Pérez & Mendinueta, 2008b; Kissane & Zaidler, 2010; Sheldon, 1997).

Quadro 1 – Resumo de Manifestações típicas no luto (Fonte: Elaboração própria²)

Reacções	Sintomas
Emocional	Choro, suspiros, tristeza, depressão, desespero, desânimo, ansiedade, medo; culpa; alívio, ira; zanga, anedonia; solidão; saudade; anseio; amargura; choque, entorpecimento, descontrolo emocional, desesperança
Psicológica Cognitiva	Preocupação com pensamentos do falecido, ruminações intrusivas; recordação; sensação de presença do falecido; repressão, negação; diminuição de auto-estima; auto-censura; sensação de irrealidade; problemas de memória, atenção e

² Elaborado a partir da bibliografia: Barbosa, 2010; Bermejo, 2007; Hansson & Stroebe, 2007; Kissane & Zaidler, 2010; Neimeyer, 2007; Parkes, 1998; Worden, 2010.

	concentração; despersonalização, alucinações, confusão; sonhos com o falecido
Comportamental Social	Procura do falecido, visitas ao cemitério e procura/ evitação de espaços onde o falecido estivesse; conservação de pertences do falecido; Ritualizações; Afastamento social, hostilidade, irritabilidade, negligência pessoal, hipervigilância; hiperactividade, procura de solidão, apatia, consumos substâncias
Física Somática	Perda de apetite; distúrbios de sono; perda de energia/ fadiga ou agitação/ inquietação; exaustão; queixas somáticas/ físicas (algumas semelhantes ao falecido); opressão gástrica, respiratória e cardíaca; mudanças imunológicas e endócrinas; susceptibilidade a adoecer/ fragilidade
Espiritual	Consciência da própria mortalidade, busca ou perda de sentido de vida e de valores pessoais, sentimento de castigo de Deus, refugio ou afastamento da fé, crenças, espiritualidade ou religião, necessidade de rituais.

Actualmente, e na língua portuguesa, podemos definir “luto” como uma reacção característica a uma perda significativa, um processo normal e adaptativo que decorre de forma normal na maioria dos casos (Barbosa, 2010).

Apesar de utilizarmos um termo único, conseguimos distinguir o aspecto social e cultural, presente nas manifestações simbólicas e rituais (o “*mourning*” na língua inglesa), a

reação emocional associada à perda (“*grief*”) e o estado de perda resultando da morte do outro que nos é significativo (“*bereavement*”) (Hansson & Stroebe, 2007; Kissane & Zaider, 2010).

Os primeiros estudos de luto foram apresentados por Freud em 1917 (1981a), em “*Luto e melancolia*” e o autor faz uma distinção desses mesmos dois conceitos relevantes para a compreensão actual do tema. Aponta já o luto como um afecto/ reação normal face à perda de um ser amado ou objecto significativo na vida do enlutado, enquanto define a melancolia (depressão) como patológica, como a reação do ego à perda da resposta às necessidades a que o objecto perdido anteriormente respondia de forma satisfatória. Têm em comum o aspecto “doloroso” da perda ainda que o luto seja relacionado com o objecto amado e perdido e a melancolia com a perda pessoal, do EU (narcisista) que origina sentimentos de abandono, sentimentos ambivalentes de amor/ ódio, obsessões, neuroses e outras patologias, levando ao extremo do suicídio por exemplo.

Freud considera que é esta componente melancólica que pode distinguir-se do luto normal, ou que o converte em luto patológico³ e na minha leitura, esta insatisfação de necessidades, ou seja, as perdas secundárias (e/ ou inconscientes) à perda do objecto amado em si mesmo, é dos temas mais centrais e de interesse nos estudos actuais do luto, pela sua importância a definir áreas de impacto e necessidades de intervenção.

O tema da vinculação na infância e na vida adulta vão ao encontro desta mesma ideia. Por exemplo, nos anos 60, a partir dos trabalhos de Bowlby (1998), em que há definição do estilo de vinculação da criança com as figuras parentais (segura, insegura ou ambivalente), foram desenvolvidos inúmeros estudos, com adultos em que se estuda a presença desse mesmo estilo de vinculação nos seus padrões de relação amoroso por exemplo, com maior ou menor dependência e ansiedade de separação.

A relação entre esses estilos de vinculação precoces e a dependência/ independência nas relações da vida amorosa adulta são ainda hoje centrais na compreensão do tema do luto, pela morte do conjugue por exemplo que representa o fim da relação com essa mesma fonte de segurança ou insegurança (Parkes & Weiss, 1983, cit. Sheldon, 1997; Parkes, 1996; Stroebe, M., Stroebe, W. & Schut, 2005).

³ De forma simplificada, Luto patológico define-se como luto não normal, com presença de quadros sindrómicos com manifestação psicopatológica (Barbosa, 2010; Kissane & Zaider, 2010)

Desta forma, tal como a “melancolia”, pela ofensa ao ego abandonado que Freud (1981a) apresenta, o estilo de vinculação e relação de dependência com a pessoa amada e falecida, podem determinar lutos patológicos que impedem o bem-estar do enlutado.

Em todo o século XX e início de XXI se desenvolveram modelos de explicação do luto, modelos interpessoais, psicossociais, sociológicos, sistémicos, cognitivo-comportamentais, traumáticos, etiológicos (Hansson & Stroebe, 2007; Kissane & Zaider, 2010;).

Dos modelos mais clássicos e ainda recentes, não poderia deixar de referir aqueles que são hoje base das mais integradoras visões na área do luto, quer a nível da compreensão e intervenção em si mesmas:

- O modelo de fases de Parkes, dos anos 70, que aponta o luto como um processo normal e adaptativo face à perda de algo significativo com fases que se distinguem em entorpecimento; desejo/ busca do ser amado; desorganização e reorganização (em distintos graus);

- O modelo de fases de luto descritas por Kubler-Ross & Kessler (2010): fase de negação/ isolamento; zanga/ revolta; negociação; depressão e aceitação;

- O modelo de tarefas de resolução do luto preconizadas por Worden (2010): tarefa de aceitação da realidade da perda; de processar a dor; de reajuste ao mundo sem o objecto perdido e por fim, de encontrar uma conexão com o objecto perdido de forma a retomar uma nova vida, todos com variadas readaptações.

Worden (2010) refere-nos a alteração que fez ao seu modelo de tarefas (em 1991, 2ª edição), desconsiderando que na sua tarefa final, a pessoa deveria desinvestir na pessoa falecida e estar disponível para outras relações - como Freud em 1917 propunha –, e passando á tarefa em que o luto tem implícita uma noção de continuidade, ou seja, em que a pessoa amada é “recolocada na vida emocional”, e não esquecida como resultado da resolução do processo de luto. Worden (2010) aponta a originalidade da ideia de “*continuing bonds*”, para os estudos de Shuchter & Zisook (1988), com mulheres viúvas, em que “*mantinham a sensação de presença do seu ser querido por vários anos depois da morte*” e descreve outros que conservaram a mesma ideia.

Esta ideia é reencontrada nos modelos que apresento como actuais, sendo de destacar os estudos de Robert Neimeyer neste campo em que o processo de luto é descrito como um processo de reconstrução de significado, feito predominantemente pela narrativa da experiência de perda (Neimeyer, 2006; 2007; Neimeyer, Baldwin & Gillies, 2006; Worden, 2010).

- Dos modelos mais recentes, destaco o Modelo de Processamento Dual de Stroebe & Schut (1999) – que surge fortemente associado à teoria de Lazarus & Folkman (1984). Seleciono-o pela sua actualidade e contínua revisão pela investigação contínua e busca de evidências empíricas, mas também (e principalmente) pela utilidade que encontro na compreensão da vivência do luto na terceira idade, e em especial para o caso da conjugalidade, para o qual foi inicialmente desenhado.

Este modelo de ajustamento e adaptação face a perda e sofrimento advindo desta, descreve que a pessoa em luto oscila de forma entre as tarefas de orientação para a perda e orientação para o restauro. Ou seja, admite que a pessoa, não percorre tarefas/fases, numa evolução de resolução do processo de luto, mas que se ocupa, no dia-a-dia e ao longo de todo o tempo, de fazer um esforço de coping com a perda, trabalho exigente emocionalmente de conexão com a experiência, alternando com momentos em que não lida com a perda em si mesma, e se reorganiza noutras tarefas (Stroebe & Schut, 1999).

Os autores descrevem que a pessoa numa fase inicial estará mais orientada para a perda, e que com o tempo, numa oscilação crescente, tenderá a estar mais orientada para o restauro. É a oscilação, o mecanismo adaptativo que permite o ajustamento no luto, pressupondo assim que a pessoa não ficará fixa, orientada exclusivamente para uma das tarefas de lidar com a perda ou restauro.

A fixação num dos aspectos pressuporia a tendência a luto patológico. Autores como Worden (2010), Parkes & Weiss (1983, cit. Sheldon, 1997) e Stroebe, et al., (2005) relacionaram estes aspectos com os estilos de vinculação de Bowlby: os estilos de vinculação seguro facilitariam os movimentos oscilatórios adaptativos, enquanto que estilos de vinculação mais inseguros e dependentes seriam tendencialmente orientados para a perda, resultando mais facilmente em lutos crónicos, de “ritmo abrandado”; e os estilos de vinculação ambivalentes, haveria um predomínio de tarefas de restauro sem conexão com a perda, resultando em lutos evitantes.

- Outro modelo recente, integrador e próximo culturalmente (Espanha) é o modelo de Alba Payás (2010) – Modelo integrativo-relacional de Psicoterapia de Luto - que pressupõe, como apresento no quadro seguinte um cruzamento de tarefas e fases.

Quadro 2: Resumo do Modelo integrativo-relacional, de Alba Payás, 2010 (Fonte: Apontamentos de formação da autora⁴)

Fase Choque /Trauma	Fase Negação/ Evitação	Fase de Conexão/ Integração	Fase de Crescimento/ Transformação
Tarefa: afrontar trauma	Tarefa: afrontar trauma	Tarefa: afrontar trauma	Tarefa: afrontar trauma
Tarefa: manejar defesas evitativas	Tarefa: manejar defesas evitativas	Tarefa: manejar defesas evitativas	Tarefa: manejar defesas evitativas
Tarefa: Elaborar aspectos relacionais	Tarefa: Elaborar aspectos relacionais	Tarefa: Elaborar aspectos relacionais	Tarefa: Elaborar aspectos relacionais
Tarefa: Experimentar a integração e mudança	Tarefa: Experimentar a integração e mudança	Tarefa: Experimentar a integração e mudança	Tarefa: Experimentar a integração e mudança

O modelo, com uma forte vocação terapêutica, activamente interventiva cruza-se com modelos referidos anteriormente, e pressupõe, que o falecimento de um ser querido corresponde a uma experiência traumática onde as componentes somática, emocional, cognitiva e comportamental se desintegram, activando mecanismos de defesa de protecção, com função adaptativa que permitem a sobrevivência da pessoa à dor. O trabalho psicoterapêutico irá corresponder a um acompanhamento sintónico das necessidades relacionais da pessoa (precoces, conectando-se neste ponto com a temática da vinculação e o seu efeito nas relações e perdas da vida adulta), compreensão empática e sintónica das suas defesas e fase em que se situa, indagação da sua experiência nas

⁴ Alba Payás é mentora da formação actual que faço como Terapeuta de Luto no I Curso Pós graduado de Luto, da responsabilidade de IPIR (Instituto de Psicoterapia Integrativa-relacional en pérdidas, duelo y trauma) e Faculdade de Medicina da Univ. Lisboa, Centro de Bioética INSFA.

suas quatro componentes (somática, emocional, cognitiva e comportamental) com intuito de a fazer reviver de forma integrada e consciente para progressão no processo de luto (Payás, 2010).

Além do ponto de vista explicativo do luto, a clínica, tem tido alguma preocupação em compreender em que medida o luto interfere e se manifesta nas diferentes dimensões da pessoa (**Quadro 1**), assim como tem procurado definir os limites e características do que é o luto considerado normal, como processo adaptativo, do luto patológico ou do complicado e distingui-lo ainda da depressão (Barbosa, 2010; Félix da Costa & Colaço Maltez, 2002; Kissane & Zaidler, 2010; Worden, 2010). A distinção de depressão e sintomatologia de luto é um dos problemas de avaliação e acompanhamento clínico mais habitual, principalmente no que diz respeito a população idosa (Conde & Jarne, 2006; Félix da Costa & Colaço Maltez, 2002; Iñiguez Martinez, 2009; Martín-Carrasco, et al., 2011).

De forma breve, e tendo em conta revisões de Astudillo et al. (2008b), Barbosa (2010) ou Kissane & Zaidler (2010), o Luto complicado corresponde a casos podem ser casos de luto traumático (inesperado), inibido ou retardado (em que o processo não desenvolve, “congela”), crónico (contínuo, por dependência da pessoa falecida por exemplo), exagerado (com manifestações exacerbadas e autodestrutivas) ou indizível (não permitido socialmente).

O Luto patológico, mais preocupante clinicamente, implica que a reacção à perda aparece sob a forma de quadros sindrómicos, com manifestações psicopatológicas. É exemplo o luto melancólico, correspondente a depressão major, com culpa e tendência suicida; ou o luto obsessivo, controlador, com necessidade de ritualização persistente.

Em qualquer um dos casos, a identificação das suas características permitirá agir de forma preventiva. É de suma importância avaliar e reconhecer factores protectores e de risco (mais internos ou contextuais) que possam comprometer uma vivência saudável e normal do processo de luto.

Como já antecipei na introdução ao tema com os autores Freud e Bowlby, além destes factores é de suma importância observar/ avaliar tudo aquilo que se perdeu além da perda da pessoa significativa em si mesma. A morte interrompe a relação com a pessoa falecida e esta mudança traz em si outras mudanças e perdas acrescidas, a nível de expectativas e imaginário e a nível real: mudança na segurança económica, suporte emocional, sentimentos de pertença, papéis sociais, etc. (Barbosa, 2010; Bermejo, 2007; Bermejo & Santamaría, 2011; Hansson & Stroebe, 2007; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Menéndez, 2006; Stroebe & Schut, 1999). Esta visão alargada é essencial para procurar dar uma resposta efectiva e holística às necessidades da pessoa em luto.

2.1. O luto no contexto dos cuidados paliativos

O tema do luto enquadra-se nas problemáticas dos cuidados paliativos, pelo seu desejo e visão afirmada de integrar tanto o doente como a família nos seus cuidados, acompanhando-os desde a fase de diagnóstico e mantendo-se como resposta às suas múltiplas necessidades, para além da morte do doente. Cuidados paliativos efectivos serão facilitadores de lutos mais saudáveis por parte das famílias que perdem os seus seres queridos (Astudillo et al., 2008a; 2008b; Barbosa, 2010; Bermejo & Santamaría, 2011; Carr et al., 2006; Doyle & Jeffrey, 2000; Hudson et al., 2012; Kissane & Zaidler, 2010; Neto, 2010).

Para compreender o luto no contexto de cuidados paliativos, importa contextualizar como se morre nos dias de hoje, na sociedade ocidental e em países desenvolvidos, no decurso de uma doença crónica, evolutiva que avança sem hipótese de cura, mas com crescentes necessidades de cuidados pelo agravamento do quadro clínico e proximidade do fim de vida.

Como já Freud reflectia na sua obra (1981b), temos uma inclinação natural a pensar pouco no tema da morte e a afastá-la da nossa vida e da dos que amamos. Kubler-Ross (2008) reencontra esse aspecto no seu acompanhamento a doentes terminais e convidamos a pensar a morte e o morrer.

Ariès caracteriza nos seus estudos uma sociedade actual que afasta das suas casas e da família, o doente e a experiência de fim de vida, que entrega o doente aos cuidados

hospitalares, evitando pós morte também os rituais fúnebres. Perdeu-se a vivência comunitária e a possibilidade de suporte social no momento da morte e na despedida do falecido, num esforço evitativo, que creio, terá um preço na saúde mental de quem sofre a perda e vive o luto (Ariès, 2010; 2011; Kubler-Ross, 2008; Lopata, 1996; Menéndez, 2006).

Os cuidados paliativos pretendem precisamente devolver a humanização a este processo de vida e morte: promover o contacto doente-família ao longo da doença, logo desde o diagnóstico até ao seu fim de vida, promovendo além da participação nos cuidados, uma partilha emocional, espiritual e social da vivência, antecipando assim maior possibilidade de uma despedida e morte tranquila e digna e um luto saudável da família (Bermejo, 2003; Doyle & Jeffrey, 2010; Hudson et al., 2012; Kissane & Zaider, 2010; Neto, 2010).

Nesta sequência de ideias, tenho claro que o Luto antecipatório (possível em cuidados paliativos pelo tempo de doença crónica que de forma geral antecede a morte do doente) permite que a família faça uma integração prévia à morte (do doente) do papel de enlutados, permitindo antecipar perdas que ocorrem com a morte da pessoa significativa.

Os estudos actuais apontam que a preparação para a perda é um factor protector do processo normal de luto: estudos apontam que quanto mais preparados estão os familiares, menor o risco de patologia no processo de cuidados em fim de vida e no processo de luto, motivo pelo qual a equipa deve investir e identificar as suas áreas de necessidade, dando-lhes suporte (Barbosa, 2010; Bermejo, 2003; 2007; 2009; Bermejo & Santamaría, 2011; Carr, et al., 2006; Doyle & Jeffrey, 2000; Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010; Hudson et al., 2012; Kissane & Zaider, 2010; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Panke & Ferrel, 2010; Petralanda, Manzano, Aedo, Inda & García-García, 1996; Prigerson & Jacob, 2001; Walsh, King, Jones, Tookman & Blizard, 2002; Worden, 2010). Segundo Herbet, Prigerson, Schulz, & Arnold (2006), na prática, apesar da existência de apoio, mesmo quando as famílias são acompanhadas, este aspecto da preparação é negligenciado.

Esta preparação implica directamente a presença de profissionais com formação adequada e competências sólidas em cuidados paliativos, não após a morte, mas desde o início do acompanhamento do doente, na discussão de diagnóstico e prognóstico, planeamento de cuidados, ajuda na tomada de decisão em fim de vida e resolução de

conflitos, despedidas, preocupação com a rede de suporte dos sobreviventes, com as suas preocupações práticas, legais, financeiras, espirituais e culturais, e a discussão da morte e do luto previsto (Bennett, & Bennett, 2001; Bermejo, 2003; 2007; 2009; Bermejo & Santamaría, 2011; Carr et al., 2006; Doyle & Jeffrey, 2000; Detering, et. al., 2010; Herbet, et. al., 2006; Hudson et al., 2012; Kissane & Zaidler, 2010; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Petralanda et al., 1996; Prigerson & Jacob, 2001; Walsh, et. al., 2002).

Como já tinha revisto anteriormente, são forte recurso as competências de comunicação, de relação terapêutica - adquiridas em formação em cuidados paliativos (APCP, 2006a; Bermejo, 2011; EAPC, 2004; 2007; Sapeta & Lopes, 2007) – e mais especificamente, a realização de Conferências familiares ao longo do acompanhamento do doente e família (Doyle & Jeffrey, 2000; Neto, 2003; Neto & Trindade, 2007; Sheldon, 1997).

Astudillo et al. (2008b) apontam que as Unidades de Cuidados Paliativos estão associadas a uma menor morbidade pós falecimento do conjugue, assim como menor incidência de depressão major: o trabalho de equipas com devida sensibilidade, formação e preparação deverão ser o motivo pelo qual estes conjugues estarão mais preparados (tendo por exemplo feito processos de luto antecipatórios acompanhados) e consequentemente protegidos (Bermejo & Santamaría, 2011; Carr, et al., 2006; Doyle & Jeffrey, 2000; Herbet, et. al., 2006; Kissane & Zaidler, 2010; Prigerson & Jacob, 2001, Richardson, 2006; Rushing, 2005).

Da mesma forma, há um esforço crescente de contrariar a tendência que Ariès (2010; 2011) definiu nos seus estudos, havendo por parte dos cuidados paliativos uma promoção da possibilidade de fazer a vivência da doença e da morte junto da família, no próprio domicílio, onde os doentes preferem morrer (Carr et al., 2006; Doyle & Jeffrey, 2000; Menéndez, 2006; Neto, 2010). A própria definição de serviços de cuidados paliativos actuais que são apontados como desejáveis para uma boa prestação de cuidados pressupõe esta mudança do modelo hospitalar ou institucional para o acompanhamento do doente no seio da sua família, no seu domicílio (Bermejo & Santamaría, 2011; Capelas, 2009; Carr et al., 2006; Gómez-Batiste et al., 2005; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Menéndez, 2006).

Não obstante, é importantíssimo assegurar também as condições efectivas da prestação de cuidados, o ensino e apoio holístico à família nesses mesmos cuidados,

garantindo o bem-estar do doente. É essencial proteger as famílias do sofrimento, evitando a falta de suporte dos profissionais que por definição e expectativa das famílias, estarão disponíveis para os cuidados quando os doentes estão em meio hospitalar. Não é demais sublinhar que no contexto de cuidados paliativos, a família que estará em luto depois do falecimento do doente é sua cuidadora ao longo de um percurso, geralmente longo de cuidados. A exaustão, a exigência de cuidados e investimento a todos os níveis e o risco de burnout elevados, principalmente em casos de suporte social limitado, comprometem claramente a vivência seguinte do luto de forma saudável (Bermejo & Santamaría, 2011; Carr et al., 2006; Davies & Higginson, 2004a; 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; Ferreira, 2009; Figueiredo, 2007; Guarda et al., 2010; Hudson et al., 2012; Lopata, 1996; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Schulz & Beach, 1999; Sheldon, 1997).

Sendo estes os aspectos que me parecem mais cruciais no que será o viver do luto em contexto de cuidados paliativos, referencio ainda aquele que considero o mais actual e integrativo modelo de Luto em Cuidados Paliativos em Portugal: o modelo de António Barbosa (2010).

De uma forma geral, Barbosa (2010) descreve o seu modelo apresentado mecanismos de elaboração por fases de choque/evitamento; desorganização/ desespero (assimilação) e Reorganização/recuperação (acomodação) - e distintas dimensões de vivência do luto (intrapsoal, interpessoal e transcendental).

O autor diz-nos que: *“Perante uma perda significativa, o processo de luto é necessário e cumpre uma função de adaptação, permitindo que o individuo restabeleça o equilíbrio desfeito depois da perda e faz-se por movimentos oscilatórios entre três polos (3 A´s) (p.512)”*.

Esta oscilação refere-se a três tarefas do luto: aceitação e compreensão da perda, aquisição de significado e adaptação criativa à vida que pressupõe o cumprir de três objectivos de integração: interiorização (reposicionamento do objecto); investimento (por redefinição de tarefas) e Identidade (implicando redescoberta de sentido).

Estas considerações levam-nos de volta à ideia que o luto não é um processo que termina, que tenha um fim, onde se pressupõe o fim total da “orientação para a perda” e uma restauração de vida além da perda (na linguagem do modelo de Stroebe e Schut

(1999)), mas antes a (re)vinculação com o ser perdido de uma forma transcendente, mas contínua (Barbosa, 2010; Bermejo, 2007; Neimeyer et al., 2006; Payás, 2010; Worden, 2010).

Regressando à especificidade do luto em cuidados paliativos, um aspecto muito relevante que Barbosa (2010) apresenta é uma identificação de factores de risco relacionados com o sofrimento do doente e do comprometimento do saudável processo de luto da família. Os factores de risco são distinguidos em seis dimensões pelo autor:

- Circunstâncias de perda;
- Vulnerabilidade (pessoal), nomeadamente estilo de vinculação e perdas acumuladas.
- Natureza da relação (com o falecido), considerando a questão da dependência relacional
- Contacto problemático com serviços de saúde
- Apoio familiar e social (quando ausente ou disfuncional)
- Características do objecto (falecido).

Ora são estes factores de risco especificamente identificados para o contexto de cuidados paliativos que devem orientar as nossas práticas de prevenção de lutos complicados ou patológicos, desde o diagnóstico, ao longo de toda a vivência que a família e doente têm na doença, até ao seu fim de vida.

Nesta linha de compreensão, Barbosa (2010) apresenta-nos as possíveis intervenções no luto em contexto de cuidados paliativos:

- Preventivo para apoio em luto normal
- Aconselhamento, também ele preventivo para casos em que se identifiquem factores de risco
- Terapêutico, para os casos identificados como complicados/ patológicos.

Assim, habitualmente, é bem aceite, a seguir à morte, um acompanhamento dos momentos importantes com um cartão/ telefonema (no primeiro mês, no aniversário, aniversário do falecimento ou em épocas festivas como Natal, ou seja, em momentos emocionalmente exigentes), oferecendo disponibilidade e fazendo um follow up da situação, até se sentir normalizada e sem ser demasiado intrusiva (Barbosa, 2010, Benkel, et. al, 2009; Doyle & Jeffrey, 2000; Hudson et al., 2012; Kissane & Zaider, 2010; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Petralanda, et. al., 1996; Prigerson. & Jacob, 2001; Sheldon, 1997).

As abordagens mais formais devem ser dirigidas a pessoas avaliadas como de risco no seu processo de luto, com lógica preventiva, com recorrência a grupos de suporte/ counselling individual, por exemplo (Astudillo et al., 2008b; Barbosa, 2010; Doyle & Jeffrey, 2000; Kissane & Zaider, 2010; Worden, 2010)

Acompanhamentos formais com intuítos mais terapêuticos, mas sem contexto de luto patológico instalado não demonstram ter ganhos. Existe, ao contrário, evidência de que uma intervenção precoce no processo de luto (e sem o próprio solicitar ajuda) pode ser mais nefasta que benéfica, dado que interfere com o percurso natural da pessoa, no ajuste à sua perda (Astudillo et al., 2008b; Benkel, et. al., 2009; Bennett & Bennett, 2001; Bonanno, Wortman & Nesse, 2004; Bonanno, Moskowitz, Papa & Folkman, 2005; Hansson & Stroebe, 2007; Shut & Stroebe, 2005; Sheldon, 1998; Worden, 2010; Zhang, El-Jawahri & Prigerson, 2006).

Termino este ponto, lembrando que a questão da intervenção no luto dos familiares, é um desafio actual para os cuidados paliativos. Para os programas e intervenções serem benéficas, devem ser desenhadas para populações de risco de forma distinta e com objectivos e metodologias rigorosas e eficiência clarificada para cada tipologia de problemática, o que até agora não foi desenvolvido e parece longe de ser implementado (Bennett & Bennett, 2001; Hudson et al., 2012; Schut & Stroebe, 2005; Zhang, et. al., 2006).

3. O luto dos idosos

3.1. O luto dos idosos – enquadramento gerontológico

Tal como antecipei nos desafios actuais dos cuidados paliativos, um dos aspectos mais urgentes na área, é a de articulá-la com outras áreas de saber para optimização de cuidados prestados.

Nos países em que a população está a envelhecer drasticamente, a gerontologia e a geriatria são áreas de enlace urgentes, com os cuidados paliativos (Kane, et al., 2005). Esta comunhão permitirá a compreensão, acompanhamento e tratamento da população idosa, frequentemente necessitada deste tipo de cuidados.

A morte e o luto é especialmente frequente entre os idosos. Numa população com uma larga esperança de vida actual, são comuns as doenças crónicas, perda de capacidades e controlo, e a perda de familiares e amigos (experiência de perdas cumulativas), que envelhecidos também, adoecem e falecem próximos de si. Importa conhecer então, como se vivência o luto na terceira idade no contexto de cuidados paliativos.

Idealmente, e como propõe autores como Hansson & Stroebe (2007), largamente dedicados à área do luto e à pessoa idosa, desejo apresentar o tema numa perspectiva integrativa de diferentes áreas de estudo (social, psicológica, médica). Esta visão permite, como também é objectivo na minha dissertação, definir o “como” é que o processo de luto no contexto de cuidados paliativos, interage com o envelhecimento e vice-versa.

A compreensão desta experiência interactiva e complexa, permite fazer uma leitura do significado da perda na terceira idade, mas também compreender o potencial adaptativo dos mais idosos e a sua possibilidade de continuar o seu processo de envelhecimento de forma saudável e activa, interesse dos variados profissionais de saúde e comunidades em geral (Capraga, 2009; López Bravo, 2009).

A maior parte dos estudos, geralmente compartilhados pela área de estudo dos autores, e com inúmeras críticas metodológicas e conceptuais revistas pelos autores Hansson e Stroebe (2007), abordam o luto da terceira idade, comparando-o com os lutos

de pessoas mais novas, seleccionando e investigando prevalências de alterações de saúde física, psicológica, comportamental, assim como de factores de risco e factores protectores, fazendo comparações de idade e género, e os resultados, frequentemente contraditórios, não espelham por si a vivência (centrada na pessoa), e a inter-relação do ser idoso e viver um processo de luto.

Não diminuindo a importância que tiveram esses estudos para a compreensão actual do luto na população idosa, creio ser actualmente mais relevante e tendo em conta o objectivo de compreensão da vivência deste luto em contexto de cuidados paliativos, sublinhar alguns dos pontos que os autores Hansson & Strobe (2007) apresentam e que são facilmente articulados com outros quer da área de paliativos, quer da área da gerontologia e geriatria:

Antes de mais, importa reconhecer, contra todos os estereótipos e preconceitos que estão presentes na nossa sociedade, que os idosos não são todos iguais (não regridem a bebés), mas são antes a população mais diferenciada de todas as populações, adultos que devem ser tratados como tal, independentemente das situações de maior dependência ou fragilidade que possam ter (Baltes et al., 1999; Hayflick, 1994 cit. Hansson & Stroebe, 2007; Fontaine, 2000; Villar & Triadó, 2006a).

O seu pensamento pós formal (na linha de compreensão de Piaget), a sua capacidade de reflectir de forma elaborada sobre a sua própria vida e de “narrar”, o seu sentido de vida (Hansson & Stroebe, 2007; Lourenço, 1997; Neimeyer, 2006), a sua espiritualidade e experiência serão também diferenciados e potenciam uma relação com as novas experiências de vida que o idoso terá, muito mais optimizada, competente, portanto resiliente (Bermejo & Santamaría, 2011; Bonanno et al. 2005; Brown, 1998, Caserta & Lund, 1992, cit. Worden, 1992; Markus & Hergoz, 1992, cit. Hansson & Stroebe, 2007; Menéndez, 2006; Villar, 2006).

Essa experiência potencia que a pessoa idosa seja também mais experiente e mais “sábia” no próprio processo de luto (tem mais história de vida, já vivenciou outras perdas, outros processos, já mobilizou recursos e optimizou mecanismos, teve mais oportunidade de pensar e dar sentido à experiência) e apresente assim diferentes manifestações físicas, somáticas e fisiológicas, psicológicas, afectivas, sociais, comportamentais, e muito especificamente, distintas formas de lidar com a perda e o processo de luto (Baltes &

Staudinger, 2000, cit. Villar, 2006; Bonanno, et. al., 2005; Hansson & Stroebe, 2007; Fontaine, 2000; Wolf & Wortman, 2006).

Outro aspecto relevante é que, na vida do idoso é frequente existir perda (cumulativa): falecem os familiares também idosos (nomeadamente conjugues, uma das perdas mais frequentes e stressantes), amigos e comunidade em que participa, acumulando a experiência de perda (de forma mais ou menos resiliente) e processos de luto, que além da perda da pessoa significa por si só, promove outras perdas secundárias, acumulando assim stressores que podem ter maior impacto do que a perda em si. São frequentes as mudanças ou mesmo perda de relações e papéis sociais, de actividades ocupacionais (e sociais também), de trabalho e diminuição de capacidade financeira ou sustentação económica (Bermejo & Santamaría, 2011; Bonanno, et. al., 2005; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Montorio, Izal & Pérez, 2006; Pinazo, 2006; Relvas, 2004; Sheldon, 1998; Utz, 2006; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Outras perdas relevantes e frequentes são as perdas de saúde e crescentes incapacidades (Martín, 2009; Montorio, et al., 2006; Parkes, 1998; Sheldon, 1998; Triadó, 2006; Verbrugge & Jette, 1994, Whitbourne, 1999, cit. Hansson & Stroebe, 2007; Worden, 2010), que o aumento da idade potencia: há perda de capacidades físicas, sensoriais e cognitivas, da sua saúde em geral, com maior probabilidade de desenvolvimento de doenças crónicas, o que coloca o idoso diminuído na sua autonomia, vulnerável a uma institucionalização indesejada, assim como frequentemente a perspectivar de forma próxima, a própria vulnerabilidade e fragilidade humana, e a própria morte. Este aspecto pode ser trazer ansiedade existencial (Astudillo et al. 2008a; Barbosa, 2010; Bermejo, 2009; Bermejo & Santamaría, 2011; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 1976, cit. Worden, 2010).

A população idosa está assim de alguma forma, mais vulnerável e esta vulnerabilidade e incapacidades crescentes, estarão presentes nos processos de luto vividos. Estes por sua vez, também colocam por si só, em risco um processo de envelhecimento bem-sucedido, ou seja, também a vulnerabilizam.

Hansson & Stroebe (2007) sublinharam de forma definitiva que esta vulnerabilidade, prévia a qualquer perda de familiares ou amigos, tem vindo a ser muitas vezes estudada, como resultado do processo de luto, e não como algo característico de doenças e comorbilidades da população idosa.

São exemplos, os inúmeros estudos focados em resultados estatísticos com percentagens de idosos que têm alterações de saúde cardíaca, respiratória, risco de desenvolvimento de doenças oncológicas, mortalidade, ansiedade e depressão, após perda do conjugue (Carr et al., 2000; Conde & Jarne, 2006; Félix da Costa & Colaço Maltez, 2002; Iñiguez Martinez, 2009; Martín-Carrasco, et al., 2011; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Sendo verdade que a experiência de luto pode fragilizar a saúde do enlutado e ter um impacto no seu envelhecimento, também é verdade que o enlutado apresenta já características inerentes ao seu envelhecimento que tendencialmente pioram com o avanço da idade. Bonnanno et al. (2002, cit. Carr et al., 2006; Hansson & Stroebe, 2007), por exemplo, aponta a depressão como situação de excepção na vivência do luto.

Outro aspecto extremamente importante para compreender o luto dos idosos em contexto de cuidados paliativos é a valorização de que estes idosos são frequentemente cuidadores (durante um longo período de doença e cuidados) da pessoa que vem a falecer. Muito frequentemente serão conjugues ou filhos, maioritariamente, mulheres (Carr et al., 2006; Doyle & Jeffrey, 2000; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Panke & Ferrel, 2010; Pinazo, 2006; Relvas, 2002; 2004).

Como profissionais, importa-nos compreender que o acompanhamento, que dura frequentemente até à morte, inclui factores de grande influência no processo de luto que segue a morte (Carr et al., 2006; Doyle & Jeffrey, 2000; Herbet et al., 2006; Prigerson & Jacob, 2001; Schulz & Beach, 1999).

Cuidar de alguém implica um esforço e exigência que acentuarão as perdas pessoais do seu envelhecimento: o esforço físico e apoio ao outro agravam o seu próprio estado de saúde física e psicológica, alteram as suas rotinas e comprometem o auto-cuidado. O cuidar do outro pode também implicar o deixar as suas ocupações, assim como perder contactos e actividades sociais, recursos de extrema relevância no envelhecimento saudável e no posterior processo de luto. As doenças crónicas comprometem também a segurança financeira das famílias, sendo que este risco é elevado no caso dos idosos (Astudillo et al. 2008a; Carr et al., 2006; Doyle & Jeffrey, 2000; Fontaine, 2000; Lopata, 1996; Hansson & Stroebe, 2007; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Pinazo, 2006; Wolf & Wortman, 2006; Sheldon, 1997).

Desta forma, pós morte, em resultado destes cuidados prolongados, encontramos provavelmente um idoso enlutado, mais vulnerável, do ponto de vista físico, psicológico, económico e social do que antes da doença e morte.

Se por um lado, por características do contexto, mas também pessoais, como pela sua resiliência, auto-conceito e personalidade, é possível encontrar idosos que conseguem sentir algum alívio (por fim da situação de sofrimento mútuo e do stress a que estavam sujeitos, podendo chegar a situações de “burnout” ou “exaustão do cuidador”), também é verdade que a culpa por esses mesmos sentimentos pode perturbar o processo de luto (Barbosa, 2010; Bermejo & Santamaría, 2011; Bonanno et al., 2004; Carr et al., 2006; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Lopata, 1996; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Menéndez, 2006; Pinazo, 2006; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010). Menéndez (2006) refere que é habitual, os idosos, recordarem de forma algo obsessiva os acontecimentos do passado, nomeadamente dos cuidados prestados, procurando alguma falha no seu acompanhamento, gerando também culpa.

Assim, no processo de luto, pode ocorrer que retomem as suas rotinas quotidianas anteriores à doença, ou adquiram novas, que reinvestam na sua própria saúde e vida social; mas também pode ocorrer que se encontrem de tal forma fragilizados pelos níveis de stress experimentados, não recuperando o bem-estar perdido na vivência da doença crónica e cuidados ao outro (Bonanno et al., 2004; Carr et al., 2006; Figueiredo, 2007; Fontaine, 2000; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Menéndez, 2006). Novamente importa considerar o estado prévio à doença, os recursos do idoso, a sua saúde, actividades e disposição para um envelhecimento saudável e activo (Capraga, 2009; López Bravo, 2009; Montorio et al., 2006).

No contexto de cuidados paliativos é de grande importância considerar que além do esforço que cuidar de outro exige, a fase de cuidados que precede a morte e luto, pode ser também oportunidade de reforçar a relação e sentido de vida (pessoal e conjugal no caso dos casais), de fazer alguma preparação para a morte a dois, resolver questões e conflitos pendentes e de reunir os recursos necessários para o processo de luto. Pode ser também lida *a posteriori* como algo gratificante, uma oportunidade de amar o outro, como uma forma de crescimento pessoal e de cumprimento das obrigações conjugais (“*na saúde e na doença (...) até que a morte nos separe*”) desde um ponto de vista de papel social, mas também espiritual ou religioso, resultando assim em bem estar, satisfação pessoal e melhoria do seu auto-conceito (Astudillo et al. 2008; Bermejo, 2003; 2009; Bermejo &

Santamaría, 2011; Carr et al., 2006; Chochinov, 2002; Doyle & Jeffrey, 2000; Figueiredo, 2007; Kissane & Zaidler, 2010; Kubler-Ross, 2008; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Lopata, 1996; Menéndez, 2006; Worden, 2010).

Mais uma vez, de forma preventiva, também cabe às equipas que acompanham as famílias e doentes, facilitar esta vivência saudável do processo.

No caso específico do luto de conjugues idosos, importa sublinhar que as relações de longa duração, como as suas, têm uma força relacional bastante intensa, padrões de interação únicos e uma grande interdependência. A quebra do vínculo, tão longamente estabelecido, por vezes único ou sem demais relações íntimas estabelecidas, pode ser de grande violência (Astudillo et al. 2008b; Bermejo, 2007; Bermejo & Santamaría, 2011; Menéndez, 2006; Pinazo, 2006; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Podemos associar a este tema as investigações da vinculação na vida adulta - em que estilos inseguros e ambivalentes estão relacionados com o risco de luto patológico no luto do conjugue falecido, mas também, por oposição, casamento considerados como muito felizes e harmoniosos - para compreender o impacto que pode ter na vida do idoso, perder o seu conjugue, percebido como fonte de toda a segurança, apoio, afecto e reforço das suas competências e capacidades, assim como resposta a todas as suas necessidades como pessoa (Stroebe et al., 2005; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Carr et al. (2000) no âmbito do estudo longitudinal CLOC (Changing Lives of Older Couples) identificaram maiores níveis de ansiedade e depressão no caso de viuvez, para os casamentos com relações dependentes entre si. A saudade era expressa de forma mais intensa em casos em que as mulheres, tinham dependência não só relacional, mas também instrumental do conjugue.

Recordo ainda que a perda do conjugue está conectada com um dos temas mais frequentes em gerontologia: a solidão. Esta é uma das consequências mais frequentes e mais stressantes decorrentes da perda de alguém significativo, principalmente entre os mais idosos (Astudillo et. Al. 2008a; 2008b; Bennett, & Bennett, 2001; Bermejo, 2007; Bermejo & Santamaría, 2011; Fontaine, 2000; Kissane & Zaidler, 2010; Lopata, 1996; López Bravo, 2009; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Paúl, 1997; Pinazo, 2006; Hansson & Stroebe, 2007; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Independentemente de nos referirmos a uma solidão objectivamente social ou a uma solidão emocional (Weiss, 1973, cit. Lopata, 1996), o impacto é de grande dimensão e

pode persistir mesmo em contexto de bom suporte social, amigos, vizinhos ou familiares – principalmente filhos e netos. Dependerá, além das oportunidades de relação, da disponibilidade da pessoa idosa e das competências (nomeadamente relacionais) residuais que mantém e que poderá querer potenciar novamente (Hansson & Stroebe, 2007; Lopata, 1996; Menéndez, 2006; Pinazo, 2006; Wolf & Wortman, 2006).

No caso da viuvez, esta longa vinculação (e ausência de outros recursos) pode potenciar a cronicidade do processo de luto, nomeadamente com expressões de perda de sentido de vida, sintomatologia depressiva, manifestações somáticas, alterações de sono e alimentares, manifestações de “saudade” e choro pelo falecido. Estas manifestações podem ser associadas a culpa, ou a alguma idealização/ “santificação” do marido, por exemplo (Astudillo et al. 2008b; Bermejo, 2007; Bermejo & Santamaría, 2011; Brown, House & Smith, 2006; Hansson & Stroebe, 2007; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Lopata, 1996; Mehraban Pienta & Franks, 2006; Menéndez, 2006; Parkes, 1998; Wolf & Wortman, 2006).

Ainda que difícil, é possível que o contexto permita reestabelecer relações de igual significância, reestabelecendo o “sentido de pertença” perdido (Bermejo, 2009; Lopata, 1996; Pinazo, 2006). Infelizmente, na terceira idade, por disposição de ambas as partes, pode não ser fácil que o contexto esteja disponível para “substituir” a relação perdida: a comum alternativa (consequência da perda, mas também da sua fragilidade e incapacidade como idoso, como já referi anteriormente) de ida para casa dos filhos e a institucionalização contra a própria vontade tornam-se uma perda secundária que potencia o mal-estar, agravamento de estados de saúde física e mental, e mortalidade (Astudillo et al. 2008a; Lopata, 1996; López Bravo, 2009; Pinazo, 2006; Wolf & Wortman, 2006).

Bermejo (2003; 2007) aponta alguns aspectos vivenciais típicos possíveis quando a pessoa em luto se mantém na sua casa (fonte de segurança, conforto, afectos e memórias, ou seja, de familiaridade, como Doyle & Jeffrey (2000) também referem): é comum a pessoa em luto rodear-se dos objectos significativos do falecido, recordar as vivências, observar fotografias e fazer visitas ao cemitério - como ritual, como forma de conexão interna, como permissão para chorar e como forma de se confrontar também com a realidade da perda (Bermejo, 2007; Neimeyer, 2007). Por outro lado, pelo seu sentimento de solidão, também poderá procurar que a escutem (pessoas significativas de confiança) ou pode procurar estar simplesmente com a companhia de um animal de estimação (fonte

de afecto e com possibilidade de oferecer conforto físico). O desejo de contacto e de proximidade do falecido, poderá fortalecer-se na fé pessoal, na crença de vida pós morte por exemplo (esperança de ressurreição e de reencontro com a pessoa falecida) e pode também levar a pessoa a procurar experiências transcendentais de contacto e comunicação com o ser falecido.

Kubler-Ross & Kessler (2010, p.162) reflectem – ainda que não seja unânime para todos os autores: *“Quando somos idosos, tememos menos a morte. Às vezes, uma mistura de ausência de medo e de esperança de reencontrar-se com os seres queridos que se foram, conecta aos que estão em luto e proporciona-lhes consolo”*.

Tendo em conta os aspectos anteriormente mencionados e recuperando o Modelo de Hansson & Stroebe (2007), podemos aqui integrar que um coping efectivo, além de permitir o ajustamento no luto, minimiza o impacto do processo de luto no processo normal e saudável de envelhecimento:

A partir do Modelo de Processamento Dual (Stroebe & Schut, 1999), que Hansson & Stroebe (2007) adequaram para a população idosa em luto, estes apresentam que a sua adaptação será dependente de “oscilações”, mas que haverá uma orientação maior para a perda e menor para a restauração.

Como os autores Stroebe & Schut (1999) indicavam, o esforço de coping não ocupa todo o tempo da pessoa enlutada (o processo é cansativo e exigente, há momentos em que a pessoa simplesmente não lida “com” e se dedica a outras actividades), mas os autores Hansson & Stroebe (2007) recuperam esta ideia reforçando que no caso dos idosos, há ainda mais “economia” ou “poupança” pessoal e esta parece-me uma das ideias centrais a compreender no seu processo de luto.

Especificamente, em relação às tarefas de orientação para a perda, o idoso (e mais ainda as mulheres idosas), parece, dar-lhes privilégio, por serem mais fáceis para si. De forma simplificada, parecem ser mais fáceis as tarefas de “sentir”, “recordar as experiências”, “elaborar o sentido”, do que “fazer e resolver coisas” e os autores Hansson & Stroebe (2007) recorrem a algumas teorias explicativas para dar sentido a esta ideia.

Os autores encontram em vários estudos prévios (Lawton et. al., 1992, por exemplo) que os sintomas e reacções intensos de “grief” são mais típicos dos adultos mais jovens. Apesar das limitações metodológicas de alguns, os autores encontram evidência que os

mais idosos de facto têm mais sensibilidade, maturidade e controlo ou regulação emocional, têm o seu humor mais estável, são mais optimistas, eficazes, têm melhor auto-estima, auto-eficácia, autoconfiantes e são mais resilientes. Isto reforça que no seu sentir, na expressão e comunicação de emoções (também relativas ao luto) podem ser mais moderados e menos duradouros (Bonanno et al., 2004; 2005; Lopata, 1996; Caserta & Lund, 1992 cit. Worden, 2010; Lawton, 1999, cit. Hansson & Stroebe, 2007; Villar & Triadó, 2006b; Villar, 2006; Wolf & Wortman, 2006), efeito que é protector da saúde e da vida do próprio idoso exposto a este stressor.

Entre outros, Coleman & Neimeyer (2010), no âmbito do estudo longitudinal CLOC, com idosos viúvos concluem que o exercício de “elaboração de significados” aos 6 e 18 meses predizia melhores níveis de bem-estar aos 48 meses após falecimento do conjugue.

Numa compreensão *Darwinista* pode-se compreender o mecanismo como adaptativo, como se o idoso entrasse numa modalidade de “desaceleração vital” (emocional) como defesa, e como meio de prolongar a sua vida e proteger a sua sobrevivência.

Hansson & Stroebe (2007) apontam que este “*expertise* emocional” está intimamente ligado com a teoria desenvolvimentista da Selectividade Socio emocional de Carstensen, Cross & Fung, (1998) que apontam para a selecção que o idoso faz das relações e dos contextos emocionais a que se expõe e aos quais se dispõe a lidar (Carstensen, 1992a, cit. Pinazo, 2006; Villar, 2006; Villar & Triadó, 2006a, 2006b; Wolf & Wortman, 2006), como se o foco e redução derivada dessa selecção lhe permitissem otimizar a sua vida (percebida com tempo de duração cada vez mais limitado) e experimentar/recordar mais emoções positivas do que negativas, como apontam os estudos de Ong & Bergeman (2004) que os autores também referenciam.

Em relação às tarefas de restauração, estas aparecem em grande número em situações de viuvez na terceira idade. Estas tarefas são mais exigentes do ponto de vista cognitivo por remeterem maioritariamente novas aprendizagens e desenvolvimento de novas competências. Tendo presentes as Teorias da inteligência associamos facilmente que o envelhecimento por si mesmo pode comprometer o seu sucesso:

A inteligência dita cristalizada (Fontaine, 2000; Horn & Cattell, 1966, Horn, 1978, Schaie, 2000, cit. Villar, 2006; Schaie, 1994, Horn & Cattell, 1967, cit. Hansson & Stroebe, 2007) está geralmente preservada na terceira idade, e é um recurso no processo de luto e no coping orientado para a perda (narrativas, recordação e elaboração do sentido de vida,

(Neimeyer, 2001, cit. Hansson & Stroebe, 2007). Por outro lado, nas tarefas de orientação para a restauração, são necessárias as habilidades típicas da inteligência fluida. Após a morte do conjugue pode ser necessária a reorganização de toda a rotina, a ocupação de tarefas de casa que antes pertenciam ao falecido, o assumir responsabilidades financeiras novas para o sobrevivente e em muitos casos, fazer resoluções legais, mudar de casa ou recorrer a serviços de apoio, retomar actividades e restabelecer-se social e ocupacionalmente.

É de grande importância para ultrapassar estas dificuldades, que o idoso conte com o apoio (muito instrumental e prático) de familiares, amigos e vizinhos. E este é um dos pontos que justifica a importância do suporte social no caso específico da terceira idade: é uma pedra basilar para superação destas dificuldades, reforço de competências e capacidades que potenciam a continuação de um processo de luto e envelhecimento saudáveis (Brown, et al., 2006; Capruga, 2009; Fontaine, 2000; López Bravo, 2009; Menéndez, 2006; Montorio et al., 2006; Pinazo, 2006; Utz, 2006; Villar & Triadó, 2006b; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Hansson & Stroebe (2007) recorrem ainda ao Modelo de Optimização Selectiva com Compensação ou SOC de Baltes & Baltes (1990): a estratégia de Selecção diz respeito ao focar e dar prioridade ao que se quer e consegue manter (objectivos, capacidades, habilidades, relações, etc.), a estratégia de Optimização permite que se multipliquem esforços para reforçar o que foi selecionado para manter e a estratégia de Compensação que arranjam alternativas ou apoios para compensar o perdido irreversivelmente (Hansson & Stroebe, 2007; Pinazo, 2006; Villar & Triadó, 2006a; 2006b).

Este modelo, a par do da Selectividade Sócio-emocional já referido também explica assim o porquê de os idosos reduzirem o seu círculo de relações sociais, preferindo relações mais intimas e responsivas às suas necessidades, da mesma forma que o fazem em relação a outros aspectos da vida, sendo selectivos em relação aos stressores com que se confrontam e a que se expõe para lidar, evitando ou pedindo apoio para o que já não conseguem assegurar com sucesso (Hansson & Stroebe, 2007; Pinazo, 2006; Villar & Triadó, 2006a; 2006b; Wolf & Wortman, 2006).

Assim compreendemos que os idosos tendem a responder às tarefas para as quais se sentem mais aptos, como as orientadas para a perda, de forma geral, evitando as tarefas de restauração, que exigem recursos que têm mais escassos. Ou seja, vão estar cada vez mais disponíveis e “*experts*” no lidar com a perda: optimizaram os recursos que são os seus “pontos fortes” como forma de compensar os seus “pontos fracos” (derivados

da crescente vulnerabilidade e perdas), novamente como forma de economia de esforço adaptativa.

Concluo, considerando que esta visão integradora, ao ultrapassar a descrição de factores de risco e protectores e sublinhando a interacção de factores do envelhecimento com os inerentes ao processo de luto, promove a intervenção dos profissionais que acompanham idosos em processo de luto (não só as equipas de cuidados paliativos, mas os cuidados de saúde primários, incluindo o médico de família, referencia para a saúde dos idosos), para que seja de facto precoce e preventiva, holística e centrada na pessoa e nas suas necessidades (Carr et al., 2006; Davies & Higginson, 2004a;2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; Fernández-Ballesteros, Reig Ferrer & Zamarrón Casinello, 2009; Hansson & Stroebe, 2007; Hudson et al., 2012; Neto, 2010; Petralanda, et. al., 1996; Prigerson & Jacob, 2001; Richardson, 2006; Schulz & Beach, 1999; Sheldon, 1997; Utz, 2006).

3.2. O luto no caso específico da viuvez feminina na terceira idade

Como já referi, o aumento da esperança de vida nos países desenvolvidos, o número de pessoas que vive além dos 70 anos aumentou de forma drástica, sendo assim altamente provável, que as pessoas mais idosas passem pelo processo de luto dos seus pares, e em especial as mulheres (por terem ainda maior esperança de vida do que os homens) irão tendencialmente sobreviver à morte dos seus conjugues, vivenciando a experiência de viuvez (Davies & Higginson, 2004a; 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; INE, 2011a; Pinazo, 2006; Relvas, 2004; Worden, 2010).

No nosso referencial de cuidados paliativos, tanto no contexto Português, como nos EUA ou outros países Europeus, uma percentagem muito grande de mulheres, antes do falecimento do marido, em contexto de doença crónica, foi sua cuidadora, vindo a ter portanto essa experiência presente na sua vivência de luto (Davies & Higginson, 2004a; 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; Figueiredo, 2007; Kane et al., 2005; Lopata, 1996; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Panke & Ferrel, 2010; Pinazo, 2006; Relvas, 2002).

Assim, na vivência do luto do idoso, a mulher idosa também contará com as fragilidades, vulnerabilidades e perdas próprias do envelhecimento na sua vivência da viuvez. Na mesma lógica de Hansson & Stroebe (2007), a viuvez, por sua vez, trará consigo, outras alterações, que também são potencialmente comprometedoras do bem-estar global da idosa (Herbet et. al., 2006; Panke & Ferrel, 2010; Paúl, 1997; Prigerson & Jacob, 2001; Schulz & Beach, 1999; Sheldon, 1998).

É de extrema importância ter presente que a perda do conjugue só por si, está estudada como um factor de risco para um processo de luto patológico (Menéndez, 2006; Paúl, 1997; Zhang et al., 2006), o que justifica a investigação que se realize para compreensão deste processo.

Não obstante, há actualmente unanimidade em considerar que, tal como na demais população, a população idosa que enviúva, também vivencia prevalentemente um luto dito normal, sendo que apenas numa minoria permanece em processos luto patológicos/complicados (Caserta & Lung, 1992, cit. Worden, 2010; Hansson & Stroebe, 2007; Maciejewski, et al., 2007; Schut & Stroebe, 2005; Wolf & Wortman, 2006; Zhang et. al, 2006).

Neste ponto de caracterização do estado actual de conhecimento do que é a experiência específica de luto, por viuvez, nas mulheres idosas, e não deixando de ter presente as fragilidades e críticas metodológicas que alguns estudos têm (Hansson & Stroebe, 2007), irei apresentar de forma sumária algumas das características específicas:

De uma forma geral viuvez em si mesma, considerada a maior crise de ciclo de vida, para os idosos (Holmes & Rahe, 1967, cit. Carr et al., 2000; Parkes, 1998) implica a perda da pessoa amada e sofrimento associado, assim como perda de identidade e de papel social que a transita de esposa a viúva, aspecto que não poucas vezes a desprotege e estigmatiza como idosa que agora está só (Bennet, Hughes & Smith, 2005a; Bennet, Smith, & Hughes, 2005b; Bennett, Stenhoff, Pattinson, & Woods, 2010; Bermejo, 2007; Bermejo & Santamaría, 2011; Bonanno et al., 2004; Lopata, 1996; López Bravo, 2009; Martín, 2009; Parkes, 1998; Paúl, 1997; Petralanda, et al., 1996; Prigerson & Jacob, 2001; Sheldon, 1998; Subramanian, Elwert & Christakis, 2008; Worden, 2010; Zhang et. al., 2006).

Mais especificamente, em relação a saúde física e mental, o declínio é elevado na mulher de idade avançada e pode estar potencialmente em risco pelo período de tempo de

esforço feito como cuidadora do conjugue (Astudillo et al., 2008a; Davies & Higginson, 2004a; Figueiredo, 2007; Lopata, 1996; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Paúl, 1997; Pinazo, 2006; Prigerson & Jacob, 2001; Schulz & Beach, 1999; Sheldon, 1997; 1998).

Doyle & Jeffrey (2000, p.107) exemplificam na sua experiência de cuidados paliativos em apoio domiciliário, o sofrimento que uma viúva expressa ao dizer que “*já não tem lágrimas para chorar (no luto)*”, pelo sofrimento que vem a acumular desde a doença do falecido marido.

Vários estudos, identificaram ao longo dos anos, ainda que maioritariamente sem a consideração pela menor probabilidade de sobrevivência do idoso, com o avançar dos anos, que há um elevado risco de desenvolvimento de doença crónica, e mortalidade mais incidente no primeiro ano, na fase de transição para a viuvez. Para o caso de morte por suicídio, também existe alguma incidência, sendo que existe maior prevalência na população masculina idosa (Astudillo et. al., 2008b; Erlangsen, Jeune, Bille-Brahe & Vaupel, 2004; Elwert & Christakis, 2008; Herbet, et al., 2006; Prigerson & Jacob, 2001; Kissane & Zaidler, 2010; Luoma & Pearson, 2002; Marques & Ramalheira, 2006; Schulz & Beach, 1999; Sheldon, 1997; 1998; Wolf & Wortman, 2006).

Os estudos identificam com frequência, sintomas físicos e psicológicos, sintomatologia associada a psicopatologia de ansiedade e depressão - mesmo que já preexistente e com causas já anteriores ao luto (Bonanno et al., 2002, cit. Carr, et al., 2006; Carr et al., 2000; Conde & Jarne, 2006; Harlow, Goldberg, & Comstock, 1991; Herbet et. al., 2006; Iñiguez Martinez, 2009; Kissane & Zaidler, 2010; Marques & Ramalheira, 2006; Martín-Carrasco, et al., 2011; Prigerson & Jacob, 2001; Sheldon, 1998; Stroebe, Stroebe & Schut, 2001, cit. Bennet et al., 2005b; Wolf & Wortman, 2006).

Tal como outros sintomas, de alterações de sono (com necessidade de medicação para dormir, por exemplo), alterações na alimentação e peso, abuso de substâncias/ álcool ou tabaco, estes estão presentes de forma mais intensa nos primeiros meses, mas mantêm-se, ainda que em menos prevalência, até cerca de um ano. É neste período que há aumento de internamentos e consultas em serviços de saúde, nomeadamente psiquiátricos, originando custos no sistema de saúde passíveis de ser eliminados com atendimentos preventivos (Astudillo et. al., 2008b; Herbet et. al., 2006; Kissane & Zaidler, 2010; Mehraban Pienta & Franks, 2006; Menéndez, 2006; Prigerson et. Al. 2000, cit. Wolf

& Wortman, 2006; Prigerson & Jacob, 2001; Richardson, 2006; Turvey, Carney, Arndt, Wallace & Herzog, 1999; Worden, 2010; Wolf & Wortman, 2006).

Outros dos aspectos prevalentemente identificados nos lutos das mulheres idosas são: sonhar com o falecido, a experiência de ouvir vozes, sentir cheiros especificamente associados a pessoa falecida, ou a sensação de continuar na sua presença, estar a ser visto e ver o falecido, principalmente em relação nas rotinas que partilhavam. Estas experiências estão mais presentes nos primeiros dias, mas perlongam-se por períodos de meses. Outras revisões apontam que nos primeiros seis meses 50% terão tido alucinações visuais sobre o falecido e apresentam sintomas que este terá tido em vida como um fenómeno de “identificação” (Astudillo et. al., 2008b; Bennett & Bennett, 2000; Bermejo, 2007; Bermejo & Santamaría, 2011; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Lopata, 1996; Menéndez, 2006; Neimeyer, 2007; Parkes, 1998; Worden, 2010).

Tal como já antecipámos na caracterização do luto do idoso e das perdas inerentes ao envelhecimento, mas que se agravam potencialmente no processo de luto, também há evidência que as mudanças no quotidiano prático, económico, social e relacional da mulher idosa que fica viúva, comprometem o seu ajustamento no processo de luto, assim como na vivência do seu envelhecimento (Astudillo et. al., 2008b; Barbosa, 2010; Bennett et. al., 2005b; Bennett et al., 2010; Bonanno et al., 2004; Hansson & Stroebe, 2007; Lopata, 1996; López Bravo, 2009; Martín, 2009; Paúl, 1997; Petralanda et al., 1996; Prigerson & Jacob, 2001; Relvas, 2004; Sheldon, 1998; Subramanian et al., 2008; Utz, 2006; Worden, 2010; Zhang et. al., 2006).

Mais concretamente, e em culturas como a nossa, as mulheres, agora idosas, estavam mais determinadas a ter um quotidiano centrado no casamento e cuidado à casa e família, sendo tarefa do marido, trabalhar fora e ganhar sustento para a família, sendo responsável, pelas questões mais práticas/ instrumentais na casa. Na perda do conjugue, existe por vezes uma desorientação face a estas tarefas que pertenciam ao falecido, o impacto deste processo de luto no envelhecimento, poderá ser negativo. Estará mais agravado se a transição/ aprendizagem não foi feita em vida (o que no caso de doenças crónicas e acompanhadas em cuidados paliativos deverá estar previsto) e se não existem recursos pessoais e sociais (fonte do isolamento vivido no casamento por exemplo) ou outro suporte para ultrapassar a dificuldade. Quando mobilizados os recursos, esta barreira pode transformar-se num reforço da auto-estima, auto-confiança e uma oportunidade de

crescimento pessoal (Bennett, et al., 2010; Bermejo, 2007; Capraga, 2009; Carr et al., 2000; Figueiredo, 2007; Lopata, 1996; Lopéz Bravo, 2009; Martin, 2009; Montorio et al., 2006; Paúl, 1997; Pinazo, 2006; Villar & Triadó, 2006b; Utz, 2006; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Neste ponto, podemos recuperar a ideia de Hansson & Stroebe (2007) que a partir do modelo de processamento dual nos apontam que estas são precisamente as tarefas para os quais os idosos se “poupam” mais, resistindo-lhes, evitando-as, procurando mais estar orientados para a perda.

Tal como os autores também antecipavam, será o suporte da família, nomeadamente filhos adultos e netos (sem situação de conflito) que poderá contribuir para as tarefas de restauro.

Esta necessidade de suporte e a preocupação que os filhos podem ter com os pais e a sua maior ou menor capacidade/ disponibilidade para cuidar deles, pode por outro lado, potenciar a sua dependência e impedir o ajustamento da viúva idosa. Um exemplo é a possibilidade de a toma de decisões lhe ser truncada e se decidir, sem envolvimento da idosa, a sua própria Institucionalização ou a ida para casa de filhos/ netos (Astudillo et al. 2008a; Bennett, et al., 2010; Lopata, 1996; Paúl, 1997; Pinazo, 2006; Worden, 2010). Se esta representar uma mudança abrupta e não desejada pela idosa (como é em grande parte das vezes), compromete gravemente o seu bem-estar e aumenta o risco de morbilidade/ mortalidade. Está documentado que a perda do conjugue duplica as probabilidades de se ser institucionalizado nos primeiros dois anos que se seguem à perda e a saída de casa só por si acresce uma perda, põe em causa a sua identidade, o seu controlo sobre a sua vida e a sua ligação social e comunitária, mas também ao conjugue (geralmente recém) falecido (Astudillo, et al., 2008a; Fontaine, 2000; Lopata, 1996; Marques & Ramalheira, 2006; Pinazo, 2006; Steinhauser et al. 2000, cit. Carr et al., 2006; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Há evidência que, para as mulheres, o aspecto financeiro é aquele que as torna mais vulneráveis aos sintomas depressivos: implica não ter recursos para a sua vida diária (nomeadamente para os rituais fúnebres que representam hoje uma grande despesa na família), perda de autonomia, dificuldades de sobrevivência (não tão raramente como seria desejável) e quebra na sua auto-estima. A correcção social deste aspecto é fundamental para a superação do processo (Barbosa, 2010; Bennett, et. al., 2010; Bonanno et al., 2004;

Lopata, 1996; López Bravo, 2009; Paúl, 1997; Pinazo, 2006; Prigerson & Jacob, 2001; Subramanian, et. al., 2008; Utz, 2006; Wolf & Wortman, 2006).

Próximo deste aspecto, o facto de se trabalhar / ter ocupação/ actividades também é um factor protector para o ajustamento à viuvez (Benkel, et. al., 2009). No processo de luto, a retoma de actividades revela-se um recurso. Quando estas não existiam previamente (por estar reformada/ nunca ter trabalhado/ por estar isolada no casamento ou depois nos cuidados ao conjugue) será mais difícil estabelecer-las (Barbosa, 2010; Bonanno et al., 2005; Capraga, 2009; Lopata, 1996; Montorio et al., 2006; Petralanda, et. al., 1996; Prigerson & Jacob, 2001; Schulz & Beach, 1999; Wolf & Wortman, 2006).

Relacionado também com estes dois aspectos é o facto de existir mais uma barreira associada especificamente à viuvez, na população específica das mulheres de terceira idade: sabe-se que a oportunidade de desenvolver novos interesses, actividades e relações não está tão disponível para elas como para as mais jovens, por exemplo (Barbosa, 2010; Bennett & Bennett, 2001; Bonanno, et. al., 2005; Lopata, 1996; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Paúl, 1997; Relvas, 2004; Schulz & Beach, 1999; Sheldon, 1998; Subramanian, et. al., 2008).

Por fim, a questão da solidão, frequente após perda de conjugue entre idosos, é reportada em estudos com mulheres viúvas, idosas, de forma negativa, quer pela ausência do conjugue falecido, mas também como ausência de suporte social (Astudillo et. al., 2008a; 2008b; Bermejo & Santamaría, 2011; Brown, et al., 2006; Capraga, M., 2009; Fontaine, 2000; Kissane & Zaidler, 2010; Lopata, 1996; López Bravo, 2009; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Paúl, 1997; Pinazo, 2006; Worden, 2010).

Esta solidão é especialmente reportada como “o reavivar da dor da perda” e dá-se durante alguns períodos de tempo específicos: nomeadamente entre a fase de grande suporte social, na fase pós-morte, rituais fúnebres, até ao 1º aniversário (Barbosa, 2010; Bennett & Bennett, 2001; Benkel, Wijk & Molander, 2009; Bermejo, 2007; Lopata, 1996; Neimeyer, 2007; Sheldon, 1998).

De destacar que esta solidão é frequentemente ligada ao facto, de após perda do conjugue, as mulheres terem ficado efectivamente a viver sós (Benkel et al., 2009; Bennett & Bennett, 2001; Bennett et. al., 2005a; Capraga, 2009; Marques & Ramalheira, 2006; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Pinazo, 2006). No caso Português, como em outros países

ocidentais, existem actualmente 60% de idosos a viver sós ou com outro idoso. Para a população de mulheres idosas, 81% são viúvas e 77,1% vivem sós (INE, 2011a; 2011b).

Em relação aos aspectos apontados anteriormente (suporte em tarefas, dependência, dificuldades económicas e de solidão), as idosas que ficam viúvas distinguem-se marcadamente das mais jovens e também dos homens, mesmo idosos, que tendem a casar de novo, refazendo a sua vida quotidiana com um novo casamento e possibilitando novos sentidos de vida (Hansson & Stroebe, 2007; Lopata, 1996; Wolf & Wortman, 2006).

Numa visão mais positiva e considerando alguns aspectos protectores do processo de luto da mulher idosa que fica viúva, há alguma evidência que se comparadas com os homens idosos, as mulheres, parecem fazer uma melhor adaptação psicológica no processo de luto, contando com mais recursos para uma orientação para a perda, tal como já apontei pelo modelo de Hansson & Stroebe (2007). São exemplo a maturidade emocional e a capacidade de se expressarem, como referem os autores, mas também uma sólida espiritualidade.

Vários autores apontam que as mulheres idosas, em luto pelo seu conjugue, têm também oportunidade de encontrar conforto e força na sua espiritualidade, religião e/ou fé, o que as leva a conseguirem um melhor ajuste à situação quer de doença quer de morte e luto (Bermejo, 2009; Bermejo & Santamaría, 2011; Brown, et al. 2006; Kubler-Ross & Kessler, 2010; McClement & Chochinov, 2010; Menéndez, 2006; Michael, Crowther, Schmid & Allen, 2003, Panke & Ferrel, 2010; Petralanda et. al., 1996; Sheldon, 1998; Walsh, et al., 2002; Wolf & Wortman, 2006).

Em sociedades como a nossa, este ainda é um factor preservado culturalmente e há evidência que a presença e ligação aos rituais espirituais e religiosos, com suporte social subjacente, também facilitam o processo (Bermejo, 2007; Neimeyer, 2007; Parkes, Laungani, & Young, 2003; Sheldon, 1997; 1998).

Menéndez (2006) sublinha que a crença no transcendente, em que a religião se apoia, promove a crença de que será possível reencontrar a pessoa amada pós morte, “num novo início” (Ross & Pollio, 1991, cit. Menéndez, 2006), facilitando a elaboração do seu sentido de vida. O recurso espiritual e religioso também aparece como facilitador da

aceitação do sofrimento que advém da perda, por atribuição de um significado transcendente, de uma esperança (Bermejo, 2009; Bermejo & Santamaría, 2011; Kubler-Ross, 2008; Kubler-Ross & Kessler, 2010; McFadden, 1996, cit. Brown et al., 2006; Wortman & Silver, 2001 cit Worden, 2010).

Não obstante, esta espiritualidade/ religiosidade também pode ter um feito nocivo: também podem estar presentes algumas crenças que podem contribuir para um sofrimento acrescido no seu processo de luto: Questionam-se na sua fé, a justiça de Deus e revoltam-se contra Ele, ou questionam-se se estarão a ser castigadas por algum pecado (Bermejo, 2007; 2009; Bonanno, et. al., 2005; Kubler-Ross & Kessler, 2010).

Não obstante com a possibilidade de virem a viver sós e sentirem assim, a institucionalização e a possibilidade de pós perda do marido não existirem mais relações que impliquem a mesma interdependência e idiosincrasia, a mulher de terceira idade que transita para a viuvez, pode frequentemente contar com suporte social, factor estudado como muito relevante no seu processo de ajustamento no luto: é considerado o apoio quer da família, mas também dos amigos, vizinhos, familiares, colegas de trabalho e voluntários (Astudillo, et. al., 2008a; Benkel et al., 2009; Bennett & Bennett, 2001; Capraga, 2009; Doyle & Jeffrey, 2000; Elwert & Christakis, 2008; Kissane & Zaidler, 2010; Lopata, 1996; López Bravo, 2009; Martín, 2009; Montorio et al., 2006; Panke & Ferrel, 2010; Paúl, 1997; Petralanda, et. al., 1996; Pinazo, 2006; Prigerson & Jacob, 2001; Sheldon, 1998; Subramanian, et. al., 2008; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Este apoio, também percebido como importante para os próprios, será preferencialmente mais do foro social/ emocional/ psicológico ao longo de todo o processo de luto, mas o suporte mais prático/ instrumental é sobejamente relevante na fase da perda do conjugue. Este apoio pode ser portanto quer para partilhar a experiência de perda, expressar sentimentos, reviver memórias do passado; ou resolver questões práticas, legais, questões relativas ao funeral, fazer gestão de finanças (Bermejo, 2007; Benkel, et. al., 2009; Bennett & Vidal-Hall, 2000; Brown et al., 2006; López Bravo, 2009; Menéndez, 2006; Neimeyer, 2007; Pinazo, 2006; Relvas, 2004; Sheldon, 1998; Worden, 2010).

Relembro as palavras de Kubler-Ross (2008, p.205): “ (...) *Os primeiros dias podem ser preenchidos de trabalho, combinações e visitas a familiares. O vazio é sentido depois do funeral, depois da partida dos familiares. É nessa altura que os membros da família se sentem mais gratos por terem alguém com quem falar, especialmente se for alguém que*

contactou recentemente com o falecido e que pode partilhar histórias de alguns bons momentos na fase final da sua vida. Isto ajuda o familiar a ultrapassar o choque e a dor inicial e prepara-o para uma aceitação gradual”.

Este apoio social tem dois aspectos que são relevantes para o apoio que de forma preventiva se pode promover no âmbito dos cuidados paliativos.

Em primeiro lugar importa saber que estes recursos só têm valor se a pessoa já está familiarizada com eles antes da perda, ou seja, dificilmente se introduz suporte social a quem naturalmente não recorre a ele ou o recusa (Bonanno, et. al., 2005; Brown, et al., 2006; Lopata, 1996).

Além desse aspecto, o suporte social pode ter efeitos nocivos, colaterais, ainda que geralmente ligeiros: frequentemente encontramos a influência de amigos, famílias e vizinhos, que, não tendo treino comunicacional como as equipas de cuidados paliativos, têm crenças e mitos enraizados - *“Frases que não consolam”* como identifica Bermejo (2007) ou *“Coisas que se devem e não devem fazer quando se ajuda a uma pessoa que sofreu uma perda”* de Neimeyer (2007) -, estratégias de coping pessoais mais ou menos efectivas e os seus próprios lutos patológicos, o que pode acrescer dificuldade no ajustamento e um difícil reencontro sentido de vida na viuvez (Barbosa, 2010; Bermejo, 2007; Christakis, 2004; Neimeyer, 2007; Payás, 2010; Wolf & Wortman, 2006).

Além desta revisão de factores de risco e factores protectores do processo de luto normal nas mulheres de terceira idade que perdem o conjugue, considero relevante reflectir sobre a ideia de Bennett, et al., (2005a) que destacam que esta viuvez será um estado distinto do processo de luto por si, por ter a ver com a identidade e com uma alteração da vida da pessoa com impacto ao longo do tempo.

Esta ideia, apesar de controversa, também vai ao encontro da noção actual do processo do luto não ter uma finalização e corresponder a uma “recolocação” da pessoa amada em si mesma (Barbosa, 2010; Bermejo, 2007; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Neimeyer, 2006; 2007; Neimeyer et al., 2006; Payás, 2010; Worden, 2010).

De uma forma mais concreta penso que se liga ao modelo de Barbosa (2010), que apresenta o luto, como um período de transição, marcado intensamente pela perda (real e

simbólica e não unicamente da pessoa falecida em si, mas as também as perdas “*incrementais*”, (Cook, Oltjenbrun, 1989, 1998, cit. Barbosa, 2010), em que se vai “*criar uma nova relação com o que se perdeu e reintegrá-lo no seu ser, da mesma forma que se vai aprender como viver num mundo sob um conjunto novo de condições*” (Barbosa, 2010, p.493). Podemos considerar que no caso, dos mais idosos, em especial, no caso das mulheres viúvas, existe um conjunto de factores protectores e de risco que influenciam este período de transição, assim como a continuação do processo de luto ao longo do tempo, sendo que este não terá fim, é contínuo como Bennett et. al. (2005a) entenderam e actualmente se generaliza a outros lutos, que não apenas o dos idosos.

Existem mais alguns aspectos, característicos dos lutos das mulheres viúvas na terceira idade que são melhor compreendidos “à luz” desta ideia de continuidade:

O primeiro aspecto diz respeito ao facto de ser consensual que nos mais idosos os sentimentos de perda duram mais.

Podemos recordar que Hansson & Stroebe (2007) reforçavam a sua orientação para a perda, para a vivência emocional, ainda que de forma menos intensa na forma de reacção ou expressão emocional.

Relembrando as questões da vinculação na vida adulta e da longa duração e profundidade dos laços do casal idoso na relação, é unânime que no caso das viúvas idosas isto acontece mais quando a sua relação com o falecido era mais dependente e forte a nível emocional (Astudillo et al. 2008b; Barbosa, 2010; Bennett & Bennett, 2000; Bennett & Bennett, 2001; Bermejo, 2007; Bonnano et. Al., 2005b; Carr et al., 2000; Kissane & Zaidler, 2010; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Payás, 2010; Relvas, 2004; Worden, 2010; Zhang, et. al., 2006).

Em modo de preocupação com a prevenção de patologia no processo, deveremos obviamente avaliar o caso, os recursos e efectivos factores de risco, como Barbosa (2010) por exemplo refere.

Além de um bom levantamento anamnésico e história de vida, em entrevista clínica, pode ser importante, por exemplo, recorrer a alguns instrumentos de avaliação mais formais sensíveis a população geriátrica: instrumento de identificação de estilo de vinculação, escala de avaliação de luto complicado, escala de Qualidade de vida, assim

como a uma escala de depressão geriátrica (Capagra, 2009; Conde & Jarne, 2006; Fernández-Ballesteros, et al., 2009; Iñiguez Martinez, 2009).

Por outro lado, também conseguimos enquadrar esta vivência emocional, se como Bermejo (2009) ou Payás (2010) formos ao encontro das necessidades de amor e pertença: a perda do conjugue põe em risco a possibilidade deste idoso, ser amado por alguém. O conjugue falecido era muitas vezes, a única pessoa próxima, desde que os filhos saíram de casa, na crise do “Ninho vazio” (Menéndez, 2006; Pinazo, 2006; Relvas, 2004; Sartori & Zilberman, 2009; Wolf & Wortman, 2006).

Outro aspecto típico deste luto feminino é o facto de tenderem a guardar os pertences dos falecidos ou a vestir continuamente de negro (até à sua própria morte, por vezes). Esta também pode ser lida como uma forma de manter a sua presença, de o respeitar e de manter a ligação que têm ao falecido, quer de uma forma pessoal e emocional como de uma forma de definição social como “viúva” (Bermejo 2007, Lopata, 1996, Menéndez, 2006; Payás, 2010).

Recordando o modelo de intervenção de Payás (2010), estes comportamentos podem ter diferentes funções, e não necessariamente patológicas. No caso das idosas viúvas, além de dar conforto, bem-estar psicológico e reconhecimento social, parece estar correlacionado com o encontrar significado e sentido na experiência de perda do conjugue (Bennett & Bennett, 2000; Bermejo & Santamaría, 2011; Bonanno et al., 2004; Bonanno, et. al., 2005; Maciejewski, et, al., 2007; Neimeyer, 2006; Neimeyer et al., 2006; Payás, 2010; Sheldon, 1998).

Barbosa (2010, p.518) ilustra-o da seguinte forma:

“Neste luto “pacífico”, apesar da integração, não se esquece a pessoa nem se deixa de sentir a sua falta com tristeza. A perda torna-se integrada na memória auto-biográfica e os pensamentos e as memórias sobre o falecido não são preocupantes ou perturbadoras de outras actividades que passam agora a ocupar progressivamente mais tempo do que as relacionadas com o falecido. A memória do falecido está acessível e é cada vez mais positiva, a intensidade das respostas emocionais vai diminuindo assim como a recorrência de pensamentos com o falecido, apesar de sobrevirem picos de recordações, sobretudo em períodos sensíveis (aniversários, outras ocasiões especiais).”

Não sendo objectivo desta dissertação, rever abordagens terapêuticas, finalizo sublinhando alguns aspectos que são relevantes para um melhor acompanhamento do luto da mulher na terceira idade:

Durante a doença e apoio em fim de vida, todo o suporte, quer emocional quer prático que se possa dar à cuidadora como meio de preparação para o luto oferece benefício preventivo. Os Programas de Psicoeducação, acompanhamento médico, psicológico ou social, assim como participação em grupos de apoio, deveriam estar disponíveis conforme necessidades e recursos avaliados. Idealmente, os programas deveriam ser existentes nos hospitais, centros de saúde ou cuidados domiciliários, e ser parte integrante da rotina das equipas de profissionais de saúde oferecer este apoio às pessoas idosas em luto (Astudillo et al. 2008b; Bermejo, 2007; Davies & Higginson, 2004a; 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; Hudson et al., 2012; Richardson, 2006; Utz, 2006).

A par desta preparação para o luto, faz-me sentido considerar a Terapia da Dignidade de Chochinov (2002; 2006; McClement, Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson & Harlos, 2007), que de certa forma, Lopata (1996) tinha sugerido, referenciando os trabalhos de Butler (1963): propunha o apoio do suporte social para fazer uma “revisão de vida” dos conjugues em fim de vida, contribuindo com memórias que pudessem dar um significado de continuidade à sua existência, colaborando assim no luto da mulher viúva.

A Terapia da Dignidade de Chochinov (2002; 2006; McClement et al., 2007) inclui doente e família na elaboração de um legado (uma carta, uma peça de arte, um álbum de fotografias, etc.) que é deixado à família, amigos e pessoas significativas designadas pelo doente. Esse legado inclui em primeiro lugar, uma forma de preparação para a morte e luto e pressupõe a elaboração de significados, de sentido de vida, de memórias da pessoa em fim de vida, de forma a “dignificar-se” a si mesma, valorizar-se e permitir a continuidade desse valor, através dos outros que o acompanham, para além da sua morte.

Esta terapia além de representar um dos maiores esforços de humanização em cuidados paliativos, faculta o processo de luto da família: os familiares reconhecem que ajudou na sua preparação para a morte e sentido de vida do seu familiar falecido, que diminuiu o seu sofrimento, confortou e ajudou no processo de luto e como tal, recomendariam a outros familiares de doentes em fim de vida (McClement et al., 2007).

Depois, no apoio no luto pós morte, deveremos valorizar e promover actividades facilitadoras de narrativas e actividades de reminiscência, que permitem recordar os conjugues falecidos. Estas actividades (que são também de estimulação cognitiva) dão conforto psicológico, social e espiritual, facilitam a expressão de emoções e a partilha com os outros, reforçam a sua identidade enquanto esposas e pessoas com uma história de vida e permitem reconstruir o sentido de vida no processo de luto (Astudillo, et al., 2008b; Bennett & Vidal-Hall, 2000; Bermejo, 2007; Bermejo & Santamaría, 2011; Fernandes, 2006; Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008; Neimeyer, 2006; 2007; Neimeyer et al., 2006; Villar & Triadó, 2006b; Worden, 2010).

Autores como Lopata (1996), Silverman (2005), Menéndez (2006), Payás (2007), Bermejo & Sánchez-Sánchez (n.d.) ou Sánchez-Sánchez (2001), propõem mais concretamente, a promoção de Grupos de Ajuda no Luto, em resposta a esta necessidade de ser escutado e valorizado, de partilhar da experiência de vida e de perda, de reviver memórias do passado, mas também para orientação na resolução de questões mais instrumentais.

Por fim, e não menos importante, no apoio á mulher idosa em luto, a par de uma escuta activa, do acompanhamento das suas recordações e expressão de sentimentos, autores como Bermejo (2003; 2007), Payás (2010) ou Worden (2010) apontam para uma das suas necessidades humanas fundamentais: o toque. Após a morte do conjugue este é um campo habitualmente deserto, pelo que, se a pessoa se demonstrar aberta a tal, o profissional (como o suporte social da pessoa) devem ir ao encontro desta necessidade, tão importante como outras.

3.3. O panorama actual Português no luto da mulher idosa viúva de conjugue falecido em cuidados paliativos

Tal como apresentado na Introdução, a escolha do tema teve essencialmente a ver com a minha experiência de acompanhamento de casos em contexto de apoio domiciliário e com o actual contexto sócio demográfico Português que apontava a frequência do fenómeno que desejava estudar: a vivência da mulher (esposas cuidadoras) no processo de luto do marido falecido no âmbito dos cuidados paliativos.

Na revisão inicial encontrei o tema específico explorado de forma escassa na bibliografia internacional, mas também no contexto Português.

O tema do luto tem sido investigado e tem actualmente um bom corpo teórico (Barbosa, 2010), surgem também de forma frequente dissertações de mestrado em cuidados paliativos sobre o tema, assim como encontro investigação que expressa alguma preocupação com os cuidadores dos doentes dependentes e em cuidados paliativos, nomeadamente, as suas esposas (Bidarra, 2012; Cerqueira, 2012; Figueiredo, 2007; Guarda, et al., 2010; Madureira, 2012; Neves, 2012).

Ferreira (2009) apresenta-nos por exemplo, numa investigação no âmbito dos cuidados paliativos em contexto domiciliário, não só a preocupação com a sobrecarga da cuidadora e as necessidades sentidas em relação ao apoio dado ao familiar, mas também um foco naquele que deve ser o esforço da equipa para lhes responder, quer ao longo dos cuidados, no fim de vida do doente, quer depois no processo de luto. Refere por exemplo, a importância da manutenção do contacto, com uma visita de luto, dado o contexto domiciliário e outros contactos telefónicos por exemplo, ou consultas, sempre que se justifiquem. Aponta para a periodicidade de 1^a mês, 6^o mês e 1 ano pós morte.

No entanto, a revisão mais próxima da vivência do luto das mulheres idosas viúvas, datava de 1988, correspondendo ao livro do autor Dr. Aires Gameiro, “*Novos Horizontes da Viuvez*”, cuja área não teve investigação na continuidade, segundo informação directa do próprio autor que tive oportunidade de conhecer. Salvaguardo que o tema é tratado com referência a casos de pessoas mais jovens, que não idosos, e abrange população masculina e feminina, apesar da forte ilustração do tema da mulher idosa.

Sumariamente, retenho deste riquíssimo livro, após restante revisão bibliográfica anteriormente apresentada, que muitos são os pontos coincidentes. Gameiro (1988):

- Compreende que há na vivência, uma perda de sentido de vida, sentimentos de vazio, e que esta será tanto mais intensa quanto mais intensa era a relação com o conjugue a identidade dos dois como casal;
- Refere relatos de viúvas em relação à “*ilusão de ver e ouvir o marido*”, justificando-os pelo hábito da presença do marido no seu quotidiano;

- Reconhece também a importância de factores económicos, de segurança e de perda de papel social como esposa, como factores que fragilizam a mulher no processo;
- Sublinha a forte necessidade de suporte, não só familiar, mas de amigos, vizinhos e comunidade em geral, como formas de prevenir sofrimento, solidão, depressão e o risco de suicídio; e sublinha também a relevância de a pessoa se manter na comunidade (não ir para casa dos filhos ou para lar), assim como ter ocupações e actividades;
- Reconhece o potencial de uma relação empática no apoio à pessoa em luto, da importância da partilha de sentimentos, da presença do outro, assim como a importância dos rituais fúnebres, quer pelo simbolismo, quer pelo apoio psicossocial que promovem;
- Valoriza a fase de preparação para a morte do conjugue, do luto antecipatório, reforçando que as equipas de saúde e demais apoio devem ser facilitadoras tomadas de decisão práticas, de resolução de conflitos (prevenindo a culpa no processo de luto), de despedidas, respondendo assim às necessidades de doente e família de forma preventiva;
- Considera a experiência de morte e luto como uma crise de difícil vivência, mas também como uma oportunidade de crescimento pessoal, onde se podem desenrolar novas potencialidades, novos projectos e novos sentidos de vida, nomeadamente espiritual, sublinhando a importância da crença na ressurreição e da vida transcendente para manutenção da esperança no futuro.

Desconhecendo no início da investigação se esta realidade descrita se mantinha e sendo um fenómeno actualmente não caracterizado, mas tão prevalente, senti a urgência de o compreender de forma científica no presente mestrado, para contribuir de alguma forma para melhores acompanhamentos e intervenções dos profissionais neste processo específico de luto.

III. PROBLEMAS DE ESTUDO

Como já introduzido, a presente investigação enquadra-se no domínio do luto, especificamente no tema do luto conjugal da mulher de terceira idade, tendo como objectivo responder à questão:

Como é vivida a viuvez da mulher idosa, após perda do conjugue acompanhado em cuidados paliativos?

Mediante esta questão foram delineados os seguintes objectivos:

- Explicitar a experiência de luto das mulheres de terceira idade cujos conjugues morrem no âmbito de cuidados paliativos
- Identificar sentimentos, pensamentos e comportamentos associados à vivência de viuvez nas mulheres de terceira idade

Neste estudo não-experimental, a **metodologia qualitativa** foi escolhida por ser mais útil quando o que queremos estudar tem para nós um nível de conhecimento limitado de nível I – (Fortin, 2009; Holanda, 2006; Moreno, 2008), insuficiente ou mesmo inexistente. No presente tema da viuvez feminina na terceira idade, em Portugal, essa é a realidade, como já revisto na Revisão Bibliográfica.

O **estudo fenomenológico** seguirá a linha da Fenomenologia descritiva de Husserl (Giorgi & Sousa, 2010; Loureiro, 2002; Queiroz, Meireles & Cunha, 2007; Streubert & Carpenter, 1999).

Cohen et al., 2000 (cit. Loureiro, 2006) indica que a Fenomenologia é aplicável se *“Pretendemos estudar a experiência vivida, o seu significado do ponto de vista daqueles que a vivem ou viveram”*, incluindo assim a noção de Husserl de *intencionalidade* e significado próprio da vivência (Giorgi & Sousa, 2010; Holanda, 2006; Husserl, 2008; Loureiro, 2002; Queiroz et al., 2007).

Na mesma linha, Pio Abreu (2002), diz-nos: *“Para entender o doente (ou outra pessoa) não importa tanto a realidade objectiva, as coisas em si que ele vive ou percebe, mas o modo como as vivencia, a sua vivência das coisas, a sua verdade sobre o mundo.”* (p.17). No presente estudo queremos extrair das entrevistas com as viúvas de terceira

idade, a sua vivência do fenómeno de viuvez, desde a morte do conjugue até ao tempo presente.

Valorizo ainda que a Fenomenologia é apontada como essencialmente importante para áreas de saúde e cuidados paliativos (assim como de gerontologia) ainda não investigadas, para fenómenos complexos ainda não compreendidos/ clarificados ou em caso de abertura de novas perspectivas, além das já existentes (Loureiro, 2002; Queiroz et al., 2007; Streubert & Carpenter, 1999): *“O problema é “novo”? Se não é, necessita de uma nova perspectiva ou de ser analisado com maior profundidade do que aquela que está documentada na literatura?”* (Cohen et. al, 2000, cit. Loureiro, 2006, p. 24).

Por outro lado, a sua abordagem holística e centrada na experiência da pessoa participante (através da entrevista aberta) vai ao encontro dos objectivos de humanização e de resposta às necessidades que vão ser explicitadas no diálogo com o investigador (Bermejo, 2011; Queiroz et al., 2007; Streubert & Carpenter, 1999).

Metodologicamente, o tipo de estudo fenomenológico exigiu também, e como já referi em nota na Revisão de Literatura, que a descoberta inicial do tema fosse feita de forma superficial e apenas no final da análise das entrevistas e da descoberta da vivência em si mesma. A revisão teórica em si é retomada e aprofundaria no fim, no “Diálogo com a Literatura”, como determinam os autores. Nessa fase final, pode verificar se os seus resultados vão ao encontro do estado da arte que encontra, das teorias vigentes e se conseguiu trazer algo de novo ao corpo de conhecimento (Giorgi & Sousa, 2010; Loureiro, 2002; 2006; Streubert & Carpenter, 1999).

Um elevado índice de familiaridade com o fenómeno, e a realização de uma extensa revisão bibliográfica sobre o tema, impede o (difícil) exercício de Epoché/ Redução Fenomenológica, preconizado pelo método (Abbagnano, 2001; Giorgi & Sousa, 2010; Holanda, 2006; Husserl, 2008; Loureiro, 2002; Pio Abreu, 2002; Queiroz et al., 2007), e o acesso às “essências” do fenómeno (Giorgi & Sousa, 2010; Husserl, 2008; Husserl, 1931,1965; Merleau-Ponty, 1962, cit. Streubert & Carpenter, 1999; Queiroz et al., 2007).

Em relação à definição da amostra, o método pressupõe que não há um número previamente definido e que a interrupção é feita ao ser encontrada a *“saturação dos dados”* referentes ao fenómeno no âmbito da investigação (Fortin, 2009; Loureiro, 2006; Moreno, 2008; Streubert & Carpenter, 1999).

Recordo também que não há nesta investigação objectivos de testagem de hipóteses nem de estabelecimento de resultados ou conclusões universais e generalizáveis. Os resultados são particulares para a população estudada, tendem a ser profundos e detalhados (Fortin, 2009; Streubert & Carpenter, 1999).

Não obstante, a fenomenologia tem como objectivo chegar a uma síntese que traduza a essência do fenómeno em si. Giorgi & Sousa (2010) esclarecem ainda: “*em termos de investigação, o seu objectivo ultimo não é de ficar a um nível individual, mas clarificar as estruturas invariantes que sejam validadas intersubjectivamente*”, o que justifica a utilidade actual do método para aceder às vivências de um grupo de participantes que experienciou algo que queremos estudar.

Por fim, sublinho, que o investigador e a investigação em si, são os próprios instrumentos de medida e a confiabilidade está no rigor de interpretação dos dados (Fortin, 2009; Streubert & Carpenter, 1999).

Assim, não abdiquei de características científicas como o rigor, a crítica e a abordagem sistemática do fenómeno em estudo (Giorgi & Sousa, 2010; Loureiro, 2006; Moreno, 2008; Queiroz et al., 2007; Streubert & Carpenter, 1999):

- Credibilidade/ confiabilidade/ validação (equivalente a validade interna/ veracidade): assegurada pelo rigor na definição de momento de saturação dos dados (correspondente ao fim de recolha de dados, quando já não surgem novos dados na análise das entrevistas, motivo pelo qual entrevistas e análises respectivas eram feitas no imediato) e pelo esforço de suspensão de conhecimento e crenças prévias (sendo feita a revisão de literatura efectivamente no fim das análises);
- Transferibilidade (equivalente a validade externa/ aplicabilidade a outros sujeitos): presente na exaustão de detalhes e profundidade dos relatos conseguidos da amostragem intencional definida, que me levaram à leitura da “essência”;
- Dependência (equivalente a fidedignidade/ consistência para replicação de dados) e Confirmabilidade (equivalente a objectividade/ neutralidade do investigador): presentes na organização dos dados recolhidos, na qualidade e rigor da análise e na acessibilidade que a presente dissertação permite, para que outros investigadores possam aceder ao recolhido e chegar às mesmas conclusões, o que prova o não enviesamento do investigador.

IV. METODOLOGIA

1.1. Metodologia geral

Após entrega do Projecto de dissertação da presente tese de mestrado (Janeiro de 2011) e respectiva aceitação por parte do Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa em Fevereiro de 2011, foram contactadas as seis Unidades e Equipas de Cuidados Paliativos da zona da Grande Lisboa previstas no Projecto.

A investigação foi submetida a autorização das respectivas administrações e coordenadores de Unidades e equipas de Cuidados Paliativos e aceite em três casos :

- Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas
- Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento de Menni, IHSCJ, Casa de Saúde da Idanha
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central (CHLC)

A **População** em estudo corresponde a mulheres de terceira idade, viúvas e a **amostra** desejada, (**método de Amostragem Não probabilística – de conveniência/intencional**) foi selecionada por ter experimentado o fenómeno em si, por poderem reportar na primeira pessoa a vivência de luto conjugal pelo marido que faleceu no âmbito de cuidados paliativos. A selecção foi restringida a residências na zona da Grande Lisboa.

Considerando os critérios definidos para a amostra desejada para o estudo, foram selecionados pelos responsáveis (coordenadores e psicólogos das unidades) os casos por eles acompanhados, que os cumpriam e foram contactadas as mulheres idosas viúvas para apresentação da investigação e convite a participar.

Sendo aceite pelas idosas, foi-me facultado o respectivo contacto telefónico para poder novamente proceder a apresentação da investigação e confirmar novamente o interesse e vontade genuína na participação no estudo.

Nesse contacto, eram também confirmados os critérios de:

- Idade da idosa (superior a 65 anos)

- Morte do conjugue (ocorrido entre 6 meses e 1 ano e meio)
- Vida conjugal de mais de 25 anos.

- Pensamento e discurso orientados, sem diagnóstico de demência (As questões cognitivas, assim como a literacia e capacidade de comunicação na população seleccionada, foram antecipadas como potenciais limitações do estudo).

Mediante a aceitação e disponibilidade, foram agendadas as entrevistas, a decorrer no domicílio da idosa em dia e hora por ela designados.

As entrevistas decorreram de Julho de 2011 a Janeiro de 2012, período de tempo condicionado pela disponibilidade laboral da investigadora, disponibilidades dos responsáveis das instituições e equipas e das próprias pessoas entrevistadas. Por outro lado, também foram realizadas pausas propositadas nos contactos dado que era necessário avaliar o estado de saturação de dados das entrevistas (momento em que parece as essências que surgem se repetem e não encontro mais aspectos que aparentem ser novos ou distintos no fenómeno) que iam sendo realizadas e analisadas.

No total, das três Unidades/ equipas que aceitaram a investigação junto das mulheres cujos conjugues tinham falecido acompanhados pelas suas equipas, foram conseguidas 11 aceitações por parte das mulheres idosas sendo 2 destas entrevistas excluídas (uma das entrevistadas, por erro de registo, não cumpria o critério de idade mínima de 65 anos e no outro caso, o conteúdo da entrevista, mesmo que reconduzida em nada coincidia com o tema do luto pelo marido).

Participaram assim, 9 mulheres idosas, com idade superior a 65 anos e cujo marido (com vida conjugal de há mais de 25 anos) tivesse sido acompanhado em unidades de cuidados paliativos da zona da Grande Lisboa (tendo falecido no período anterior de 6 meses a 1 ano e meio). Todas as mulheres entrevistadas estavam orientadas e sem diagnóstico de demência, estavam colaborantes com a entrevista e aceitaram participar na investigação, manifestando essa vontade no consentimento informado assinado (Apêndice 1).

Por uma questão de confidencialidade e sigilo os nomes das entrevistadas são sempre ocultados e substituídos por N seguido do número da entrevista que lhe corresponde (por ordem de data de realização), havendo assim entrevistas numeradas de

N1 a N9. Os nomes dos familiares e instituições/ equipas a que se refiram também são ocultados, limitando-me a usar uma inicial.

A apresentação detalhada de cada um dos casos é apresentada no Guião da entrevista / Ficha síntese (Apêndice 2 a 11), junto com a respectiva análise de entrevista. Apenas para caracterização geral da amostra é apresentado o seguinte quadro resumo:

Quadro 3 – Resumo de Caracterização da Amostra (Fonte: Elaboração própria):

N	Idade (anos)	Tempo de luto	Anos de casamento (anos)
N1	71	1 ano e meio	53
N2	73	1 ano	53
N3	68	1 ano e 4 meses	52
N4	66	1 ano e 5 meses	40
N5	80	9 meses	60
N6	72	1 ano e 1 mês	50
N7	77	11 meses	52
N8	67	7 meses	49
N9	65	1 ano e 3 meses	47

No dia agendado para entrevista (e confirmado de novo telefonicamente no dia anterior), dirigia-me ao domicílio da idosa a entrevistar e após (re)apresentação pessoal, tal como apresentado no Guião geral de cada uma das entrevistas (Apêndice 2), foi cumprido o seguinte procedimento:

- **Legitimação**, como os objectivos específicos de:
 - Relembrar qual o trabalho de investigação que conduziu ao pedido de entrevista: “O luto da mulher de terceira idade: a vivência de quem ficou viúva”;
 - Pedir de novo o contributo à idosa que experienciou o “fenómeno” de viuvez, pós morte do marido que foi acompanhado em cuidados paliativos;
 - Apresentar o documento de consentimento informado (Apêndice 1), procedendo à sua assinatura como forma de expressar a sua concordância em participar, assim como a concordância em proceder à gravação da entrevista
- **Recolha de dados**, com preenchimento da ficha síntese que acompanha o Guião (Apêndice 2)

- Reunir os dados biográficos
- Confirmar o cumprimento dos pré-requisitos de amostra
- Tendo concordado com a gravação da entrevista, pedia a sua concordância para iniciar e era colocada a questão de investigação:
“ Por favor, descreva a situação de luto pela morte do seu marido que está a passar ou passou. Partilhe todos os pensamentos, todas as percepções e todos os sentimentos de que se possa lembrar desde que ficou viúva até agora, até que não tenha mais nada a dizer sobre a situação”.

A entrevista (aberta) era conduzida de forma empática (Bermejo, 2011) apenas com recurso a clarificações e reformulações até que a idosa manifestasse querer interromper a sua partilha. Foi permitida a expressão emocional e assegurado o bem-estar no momento final de despedida. Foi deixada indicação de que se necessitasse de algum apoio deveria contactar com o serviço de cuidados paliativos que a referenciou e facultei o meu contacto pessoal para o caso de necessitarem.

Em relação aos procedimentos de análise, logo inicialmente cada uma das entrevistas foi ouvida variadas vezes e transcrita para *word (office)* nos dias seguintes para retenção de informação relativa a linguagem não-verbal presente ou outros aspectos implícitos que surgiram no contacto estabelecido.

Seguiram os seguintes passos de análise fenomenológica (descritiva) para cada uma (Deschamps, 1993, cit. Streubert & Carpenter, 1999; Giorgi & Sousa, 2010; Loureiro, 2002; 2006; Queiroz et al., 2007):

- **Análise 1:** Fazer leituras superficiais/ flutuantes da entrevista transcrita de forma a estabelecer um sentido de todo para familiarização com o fenómeno.
Relembro que nesta fase há um esforço pessoal de “esvaziar a mente”, ou seja de suspensão dos pré-conceitos e conhecimentos prévios. Também não foi realizada a Revisão Bibliográfica, como forma de não enviesar os fenómenos descritos pelas entrevistadas na primeira pessoa;
- **Análise 2:** Dividir a entrevista em Unidades de significado, com metodologia de Análise de conteúdo (Bardin, 2009), conservando a linguagem original dos participantes. Nos Apêndices 3 a 11, esta análise corresponde ao conteúdo transcrito que está **sombreado**.

- **Análise 3:** As Unidades de significado são transformadas ou traduzidas para expressões/ conceitos de carácter psicológico (mas não por teorias). Há uma tradução das unidades de cada entrevista para unidades sem carácter pessoal. No Apêndice 3 a 11, esta análise corresponde aos tópicos colocados na coluna do lado direito de cada entrevista transcrita (previamente **sombreada**, na coluna do lado esquerdo) e depois recuperados no resumo de “temas” no fim de cada uma;
- **Análise 4:** São determinadas as “essências” ou “invariantes” das entrevistas, ou seja, o que se repete, converge e é caracterizador deste fenómeno/ vivência em estudo. Trata-se dos Resultados apresentados na secção seguinte sob forma de **Quadro 4** e de tópicos (explorados na discussão que acompanha os resultados). Neste momento foi feita a validação com a co-orientadora
- **Análise 5:** Esta fase, de Diálogo com a Literatura, corresponde ao momento em que é feita a Revisão Bibliográfica e reflexão da experiência anterior da investigadora, se contrasta com as “essências” do fenómeno encontradas, e se determina o que se trouxe de novo ao conhecimento actual. Esta análise encontra-se na seguinte secção de Resultados/ Discussão.

1.2. Aspectos éticos

O ponto mais central desta investigação a nível ético diz respeito ao reconhecimento da entrevista realizada com as pessoas em luto, como benéfica e não como prejudicial para o processo de luto, contrariando a crença (encontrada entre os profissionais de saúde e equipas com que contactei) de que falar da dor, tristeza, da perda e da morte agrava o estado do enlutado.

A realização da entrevista foi previamente identificada em revisão bibliográfica, como benéfica e não potencialmente danosa (**princípio de beneficência e não maleficência**) para as pessoas em processo de luto, nomeadamente mulheres idosas: a disponibilidade para escuta, a atitude empática para com a vivência partilhada são elementos facilitadores da expressão emocional e conseqüentemente do processo de luto (Bermejo, 2011; Loureiro, 2006; Fortin, 2009; Giorgi & Sousa, 2010; Hansson & Stroebe, 2007; Payas, 2010; Streubert & Carpenter, 1999; Van Manen, 1990 cit. Queiroz et al., 2007).

Desta forma, a entrevista por si só, tem previsto ter um efeito terapêutico e a minha própria experiência de trabalho anterior (em apoio domiciliário com mulheres idosas) me orientava que, desde que houvesse aceitação de participação, a partilha era mais sentida como uma necessidade por parte das idosas, do que como um esforço, pela rara oportunidade que tinham para o fazer. Este aspecto foi especialmente valorizado pelas equipas a quem foi solicitada amostra de estudo (equipas de cuidados paliativos) e foi confirmada esta atenção ética já prevista quando a investigação foi proposta à Universidade Católica de Lisboa.

Na mesma linha **ética de princípios de beneficência e não maleficência**, a despedida, no fim da entrevista, era sempre feita assegurando-me que a idosa estava tranquila emocionalmente. Deixei sempre a indicação de que se necessitasse de algum apoio deveria contactar com o serviço de cuidados paliativos que a referenciou a mim pois estavam disponíveis para prestar apoio (esta questão foi confirmada por cada uma das pessoas de contacto nos serviços), assim como facultei o meu contacto pessoal para o caso de desejarem fazê-lo. Não foi feito nenhum contacto.

Como já referi, logo desde o contacto inicial, foi valorizada a autonomia (**princípio da autonomia**) da pessoa idosa, em aderir ou não a participar na investigação, salvaguardando-se simultaneamente o sigilo e confidencialidade (**princípio da justiça**): foram primeiro os responsáveis (coordenadores e psicólogos) das unidades que seleccionaram e contactaram as mulheres idosas viúvas para apresentação da investigação e convite a participar. Apenas quando aceite pelas idosas, me foi facultado o respectivo contacto telefónico para poder novamente proceder a apresentação da investigação e confirmar novamente o interesse na participação no estudo.

Além deste aspecto, foi confirmado que todas as mulheres entrevistadas estavam orientadas e sem diagnóstico de demência, tendo manifestado a sua vontade no consentimento informado assinado (Apêndice 1).

Ainda por uma questão de confidencialidade e sigilo (assegurando o **princípio ético da justiça**), os nomes das entrevistadas são sempre ocultados, assim como os nomes dos familiares e instituições/ equipas.

V. RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Da transcrição escrita das 9 entrevistas realizadas e após análise seguindo os passos metodológicos anteriormente descritos na secção de Metodologia, resultaram os Temas Invariantes, as “essências” da vivência das mulheres idosas, viúvas de conjugue anteriormente acompanhado em cuidados paliativos.

Os resultados são apresentados no **Quadro 4** e discutidos de seguida, em articulação com excertos significativos das entrevistas, teoria apresentada na Revisão de Literatura e experiência anterior pessoal e profissional da investigadora para aprofundamento do fenómeno estudado e resposta aos objectivos inicialmente propostos.

Quadro 4 – Resultados: Temas invariantes “essências” da Vivência das mulheres idosas viúvas de conjugue anteriormente acompanhado de cuidados paliativos

	RECORDAÇÃO DO PASSADO	PRESENTE	FUTURO
EXPRESSÕES DE SOFRIMENTO	CASAMENTO - As características do marido - A relação do casal	-Lamento da perda presente -Procura de proximidade -Manutenção e continuidade da relação	Esperança num reencontro transcendente
	DOENÇA -Vivência da história da doença até à morte -O papel de cuidadora do marido -A percepção de cuidados das equipas de saúde	(DES)CONFORTO	
	HISTÓRIA PESSOAL -A infância e juventude -Perdas e lutos precoces	-Perdas e luto actuais CONTEXTO SOCIAL -Suporte familiar -Outros suportes - Superação de novos desafios da Vida Quotidiana CARACTERÍSTICAS PESSOAIS - Personalidade -Saúde e capacidades percebidas/vulnerabilidade -Actividades -RECURSOS ESPIRITUAIS E RELIGIOSOS •Aceitação da fatalidade da vida •Esperança de ultrapassar sofrimento	

I. **Sofrimento expresso em choro, tristeza, saudade e dor, perda de motivação, de sentido de vida, pessimismo, isolamento e solidão**

Ao longo das entrevistas estão presentes manifestações verbais e não verbais de sofrimento resultantes não apenas da perda do marido e interrupção da relação do casal pela morte, mas também pela doença que se impôs na sua vivência enquanto casal idoso.

Os sentimentos predominantes na narrativa e na expressão das mulheres entrevistadas são: o choro, a tristeza, a saudade e a dor. Encontram-se descritos pela maior parte das revisões bibliográficas na área do luto (**Quadro 1**), inclusive os que se ocuparam do estudo do luto especificamente na mulher idosa viúva, como Hansson & Stroebe (2007), ou variados estudos de Bonnano, Carr ou Bennett.

São associados à comum expressão de que tem sido uma vivência muito difícil, fonte de grande sofrimento e como já referi não se referem apenas à vivência da morte e luto presente, mas aos seus sentimentos desde que iniciou o processo de adoecimento do marido falecido, vivência passada, vivência tipicamente identificada em cuidados paliativos (Bermejo & Santamaría, 2011; Carr, et al., 2006; Davies & Higginson, 2004a; Doyle & Jeffrey, 2000; Figueiredo, 2007; Hudson et al., 2012; Lopata, 1996; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Schulz & Beach, 1999; Sheldon, 1997).

N1, viúva há um ano e meio expressa, a chorar, de forma muito clara: “ (...) *uma coisa que custa muito, ainda não passou nada. E...Foi uma coisa muito triste, dolorosa, que me custou muito...*”

A dor aparece também descrita como sentida fisicamente: “ (...) *nunca pensei que o meu marido me custasse tanto como custa. Dói, parece que a gente sente na carne, aquela falta daquela pessoa...*” (N9, viúva há 1 ano e 3 meses).

Aparecem vivências com padrões de estilo mais depressivo, ainda que não fixos, descritos como “iniciais” ou como “ocasionais” ou relacionados com alguma circunstância específica, mas que persistem de forma mais ou menos parcial e intensa nas várias entrevistadas. Clinicamente não serão fáceis de discriminar como lutos normais, ou patológicos, tendencialmente crônico ou depressão, como também vários autores demonstram preocupação nos estudos da área (Barbosa, 2010; Félix da Costa & Colaço Maltez, 2002; Kissane & Zaider, 2010; Worden, 2010), em especial por se tratar de

população idosa (Conde & Jarne, 2006; Félix da Costa & Colaço Maltez, 2002; Gameiro, 1988; Iñiguez Martinez, 2009; Martín-Carrasco, et al., 2011).

Na sintomatologia física, há descrição de alterações de peso, dificuldades em dormir e em alguns casos, uma fase de toma de medicação para dormir, como também antecipado na revisão de literatura (Mehraban Pienta & Franks, 2006; Menéndez, 2006; Worden, 2010; Wolf, & Wortman, 2006).

Há descrição do sentimento de viver “dias negros” (negrume), de tristeza intensa, abatimento, pessimismo, solidão, perda de motivação ou ânimo para realização de tarefas quotidianas anteriormente familiares ou actividades que antes eram prazerosas (participar em actividades que anteriormente realizava e gostava, sair, etc.).

N2, viúva há um ano diz-me entristecida: *“E sou uma pessoa muito alegre. Acredita que agora acho que nem sei cantar. Nunca mais fui capaz. Nunca mais fui capaz...As coisas para mim não têm graça, não têm piada.”*

N5, viúva há 9 meses comparte que desde que o marido faleceu, ainda não retomou algumas actividades comuns, saindo de casa apenas para o obrigatório. Não é capaz de cozinhar apenas para si em casa e não retomou qualquer tipo de actividade que anteriormente lhe dava prazer: *“(...) Assim eu vou levando a vida, sempre levando a vida, estes tempos de uma solidão (...) não tenho motivação, e na vida é preciso haver motivação. O prazer de fazer o comer para o marido, à mesa conversarmos e rirmos (...)”*.

Tendo em conta o período de tempo passado desde a morte do marido, entre 6 meses a 1 ano e meio, reforço novamente a dificuldade que pode haver na avaliação deste luto e do possível diagnóstico de depressão (Félix da Costa & Colaço Maltez, 2002), ainda que todos estes aspectos possam ser descritos no processo de luto (Barbosa, 2010; Bermejo, 2007; Bermejo & Santamaría, 2011; Gameiro, 1988; Parkes, 1998; Worden, 2010).

Levanta-se também aqui a questão dos estados prévios e historial da mulher que não raras vezes têm quadros depressivos prévios à situação de doença e morte do marido: caso não sejam avaliados, todos estes sintomas podem ser atribuídos e confundidos com uma depressão decorrente da vivência do luto como Hansson & Stroebe (2007) nos alertam.

Como referido na Revisão de literatura, é de qualquer forma, de grande importância, identificar este factor de risco prévio, de forma a intervir precocemente, o que neste caso teria sido necessário no acompanhamento do percurso de doença do marido. A depressão

prévia fragiliza a mulher no processo de luto, facilmente acentuará sintomatologia e mal-estar, evitando uma vivência normal e saudável do processo de envelhecimento também (Barbosa, 2010; Capraga, 2009; Gameiro, 1988; Hansson & Stroebe, 2007; Lopéz Bravo, 2009; Montorio, et al., 2006).

N8, viúva há 7 meses, era uma das mulheres que facilmente se identificava neste quadro, sendo ela mesma a referir o seu histórico depressivo, a sua história de vida e a fragilidade que sentia no luto por reconhecer a sua doença: “ (...) *mas mesmo assim, mesmo assim...não ta muito mal, eu pensei que fosse pior. Mesmo assim, eu pensei que fosse ficar pior (com a morte do marido). Tenho mais...tenho força.*”.

De qualquer forma, sublinho também que os sentimentos, pensamentos e comportamentos aparecem frequentemente associados à perda de sentido de vida, centrada nestas mulheres viúvas na relação de casal interrompida pela morte do conjugue (Bermejo, 2007; 2009; Gameiro, 1988; Neimeyer, 2007). Esta relação aparece explorada mais adiante, mas retomo os vários autores que associam os estilos de vinculação dependentes e inseguros como promotores de lutos crónicos, assim como os que valorizam a relação longa, íntima e de grande interdependência como factor de maior dificuldade no processo de luto para lidar com a perda em si e ao ajustamento no mundo sem o ser amado (Carr et al., 2000; Gameiro, 1988; Hansson & Stroebe, 2007; Parkes, 1998; Pinazo, 2006; Stroebe, et al., 2005; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010).

Apesar da descrição destes quadros, prevalece algum pensamento de auto-avaliação em relação ao processo de luto, de que no início era mais sofrida e confusa a relação com a perda, mas que no momento actual, há uma melhoria do estado (ainda que mantenham o sofrimento) em relação ao passado, ao momento pós morte.

N5 comparte após 9 meses da morte do marido: “ (...) *agora já começo a ser capaz, mas primeiro sentia-me nua (...) a sensação que eu tinha era que me faltava qualquer coisa. Era como se eu me tivesse esquecido de vestir uma peça de roupa, e fosse para a rua assim. Falta-me qualquer coisa, onde é que eu me agarro? Com quem é que eu falo? Para onde é que eu olho? Tudo isto foi uma confusão durante imenso tempo. Agora acho que já estou a ficar um bocadinho melhor...*”

De forma rara as mulheres viúvas idosas entrevistadas, expressaram alguma perspectiva do seu futuro no que diga respeito a planos, projectos, realizações ou desejos.

Quando referem o futuro, remetem para a esperança (tendencialmente de forma passiva, com base em crença espiritual e religiosa que apresentarei mais adiante) de

melhorar ou ultrapassar o sofrimento actual (mesmo sabendo que não irão esquecer o falecido marido, como previsto pelos autores revisados na linha de “*continuing bonds*”) e conseguir seguir com a sua vida até à sua própria morte. N6, viúva há pouco mais de 1 ano expressa esta esperança: “ (...) *mas isto agora com o tempo tenho fé que vai indo...mas nunca esquece.* “

II. O CASAMENTO:

1. **Reminiscência das características, gostos, actividades e desejos do marido**

De forma independente da relação, ainda que não totalmente, a vivência das mulheres idosas entrevistadas incide também no pensar e recordar daquilo que o falecido marido era como pessoa, do que gostava e do que fazia, como actividade laboral ou de lazer.

N1 recorda: “*Muitas vezes ia para lá com os colegas a conversar...ele sabia tudo o que dizia respeito a GNR, a saúde...tudo, tudo, essas leis que saiam, então eles vinham perguntar a ele...*”

E N8: “*(...) ele estava ai mais naquela casa (quarto) a colar cromos nas cadernetas, ele gostava imenso de fazer isso (...) ele tinha clientes, ele preenchia aquilo e tinha clientes (...)la para a feira (...) vender as cadernetas dele. Tinha de ter qualquer coisa para fazer, não parava. E era um homem que enchia a casa, porque mexia, andava, falava alto...*”

Mais do que a narrativa e recordação sobre esses aspectos, há uma valorização das coisas que apreciava assim como os seus desejos (inclusive relativos à morte e ao fim de vida), levando a comportamentos que os honrem, homenageiem ou pelo menos respeitem, tal como os autores Bermejo (2007; 2009); Neimeyer (2007) ou McClement et al., (2007) valorizam:

É exemplo o facto de N5 ter cuidado sempre do marido sozinha, enquanto ele esteve em casa, por desejo do mesmo: “*(...) meu marido não queria cá ninguém em casa, só queria estar a família, e eu com ele. Ele tentava ajudar tudo só para eu não ter que por aqui outra mulher, uma empregada, uma enfermeira ou quem quer que fosse para ajudar. Ele era uma pessoa à antiga e gostava de estar assim.*”

Este aspecto é descrito em estudos no contexto de apoio domiciliário (e tive-o também presente na minha experiência em equipa), como o de Ferreira (2009) ou Guarda et al. (2010), o que nos deve levar a valorizar o apoio que é necessário dar a estar cuidadoras, como recursos para cuidar e prevenção de dificuldades no processo de luto, quando estes desejos, por impossibilidade, são frustrados.

Em relação às características pessoais dos falecidos, estas são apresentadas em pólos positivos, de forma geral, podendo associar este aspecto ao fenómeno de “idealização” revisada por diversos autores (Bermejo, 2007; Brown et al., 2006; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Lopata, 1996; Mehraban Pienta & Franks, 2006; Menéndez, 2006; Parkes, 1998; Wolf & Wortman, 2006), ainda que não me tenha surgido como muito marcado.

No caso das mulheres entrevistadas, o valor atribuído ao marido, de forma positiva, parece-me conectado fortemente com a valorização social do mesmo, ou seja, o reconhecimento da apreciação dos outros em relação ao seu ser amado, parece ter um efeito de conforto e benefício ao bem-estar da mulher no momento actual (McClement, et. al., 2007).

N2 ilustra-nos este aspecto dizendo-me sobre o marido: “ (...) *é muito bom homem, digo-lhe sinceramente, como pessoa, como pessoa, digo-lhe sinceramente, não há melhor. E depois confirmei no cemitério. É um Sr. Que Veio ter comigo e perguntou se eu era esposa dele e disse “Minha senhora vou-lhe dizer uma coisa: Foi o melhor ser humano que eu conheci até hoje”.*

Não obstante, há também referência a aspectos negativos, como defeitos de personalidade ou impacto menos positivo no seu bem-estar enquanto esposa. Em geral, estes últimos, são apresentados de forma subtil, “entre-linhas”, “sussurrando”, “desculpados” ou desvalorizados no decurso da entrevista, reforçando que possivelmente há algum desejo efectivo de “idealização” do marido falecido.

N2, cujo exemplo anterior exprime o orgulho que tem no “bom homem” que o marido foi, compartilha, mais no final da entrevista, desvalorizando o assunto: “ (...) *Moralmente magoou-me muito, mas já esqueci, já esqueci. Ao pé de tanta coisa que tem importância, isso não importância nenhuma.* “

Também N8, num processo de luto já ilustrado como muito sofrido diz-me: “ (...) *Mas ele foi rebelde para mim ao princípio. Descarregava a rebeldia dele em mim, mas eu já lhe perdoei, pediu-me tanta vez perdão ...*”.

2. Reminiscência da relação do casal, lamento pela perda presente e esperança num reencontro futuro transcendente

Como já referi, a relação do casal, identificada como sentido de vida das mulheres entrevistadas, é um elemento sempre presente, de forma marcada na sua narrativa, é apresentada e lida por mim, da seguinte forma:

- No tempo passado, em forma de recordação sentida e pensada,
- No tempo presente, sentida como perda e ausência,
- No tempo futuro associado ao pensamento e à esperança de um reencontro transcendente, após a sua própria morte.

Grande parte do conteúdo das entrevistas assenta na reminiscência da relação do casal e engloba um número variado de temas, sendo que com frequência é feito um percurso mnésico desde a época em que o falecido e a própria se conheceram, começaram a namorar, seguindo com a descrição do seu casamento, a vida comum com filhos, desafios laborais, económicos e das actividades que partilhavam até à sua reforma e depois aparecimento da doença. N5 por exemplo, utilizou a maior parte do tempo da entrevista realizada para esta recordação, regressando a ela por vários momentos ao longo da abordagem do seu actual processo de luto, até ao final da entrevista e diz-me “*Hoje vivo dessas recordações*”.

Esta reminiscência aparece como uma actividade mental frequente (pensamentos), fonte de sentimentos saudosistas de bem-estar, valorizadores da própria e da sua vida conjugal, mas também fonte de sofrimento pelo confronto com a morte que impediu a continuidade da vivência partilhada do casamento.

Esta elaboração e narrativa, assemelha-se ao preconizado nas tarefas de luto (Barbosa, 2010; Worden, 2010) pelo processo de recolocação do ser amado na sua vida emocional e preconizado também por Neimeyer que explicava o processo de luto como um processo de reconstrução de significado, feito predominantemente pela narrativa da experiência de perda (Neimeyer, 2006; 2007; Neimeyer, et al., 2006; Worden, 2010).

Neste caso, e de acordo com as minhas expectativas iniciais em relação ao benefício que a investigação poderia oferecer às próprias entrevistadas, as entrevistas eram facilitadoras desta elaboração, tal como me parecem ser outras actividades, revistas na revisão de literatura, como a Terapia da Reminiscência (que já tive oportunidade de realizar no contexto de equipa de apoio domiciliário), com benefícios, não só para o processo de luto, pela elaboração emocional, para também como protectora de capacidades cognitivas, oferecendo benefícios paralelos ao processo de envelhecimento (Bennett & Vidal-Hall, 2000; Bermejo & Santamaría, 2011; Fernandes, 2006; Gonçalves, et al., 2008; Villar & Triadó, 2006b; Worden, 2010) ou os Grupos de Apoio no Luto (Bermejo & Sánchez-Sánchez (n.d.); Gameiro, 1988; Lopata, 1996; Menéndez, 2006; Payás, 2007; Sánchez-Sánchez, 2001; Silverman, 2005).

De forma simplificada, reconheço na partilha destas mulheres a necessidade de toque, de chorar, de ser escutada, valorizada e validada no seu luto, como referido por Bermejo (2003; 2007), Payás (2010) ou Worden (2010) nos seus trabalhos, assim como já descrito para a realidade portuguesa por Gameiro (1988).

Outro dos aspectos recordados em relação ao Casamento são os aspectos românticos e afectuosos do casal, características de dependência, apoio e segurança que o casal se oferecia mutuamente, expressando como as necessidades de ambos eram respondidas no seio da relação (Bermejo, 2009; Gameiro, 1988; Parkes, 1998; Sheldon, 1997; Stroebe, et al., 2005).

Reconhecemos pela revisão realizada em relação aos aspectos do envelhecimento e da idiosincrasia dos casais de terceira idade (Hansson & Stroebe, 2007), o impacto que estas podem ter na vivência da mulher idosa em luto pelo seu conjugue:

No caso de N8, por exemplo, o marido foi apresentado como fonte de ajuda instrumental na doença da esposa: *“Faz-me muita falta. Ele ajudava-me muito porque eu é que fui sempre doente (...) A quase sempre choro...porque ele ajudava-me muito...ele aspirava-me a casa...porque eu tenho fibromialgia também...”*. Esta perda de apoio, é descrita como uma dificuldade acrescida com que as mulheres idosas viúvas têm de lidar no seu processo.

Este marido, representava simultaneamente companhia praticamente exclusiva (*“ (...) a gente andava sempre os dois para todo o lado”*), mas também fonte de apoio e segurança (*“Eu sempre tive pouca gente que se preocupasse comigo. O meu marido preocupava-se. Preocupava-se muito.”*) e de afecto e contacto físico: *“ (...) aconchegava-me a roupa, dava-me um beijinho e fazia-me assim (festinha no rosto). E ia-se deitar para*

o outro lado. Agora sinto essa falta. Às vezes estou deitada (chora) ...porque a gente queremos sempre carinho, não são só as crianças. Toda a gente sente falta de carinho...”.

Seguindo a linha de Bowlby e demais autores que reflectem na questão do estilo de vinculação nas relações da vida adulta, assim como na questão das perdas secundárias e incrementais como referem Cook, Oltjenbrun (1989, 1998, cit. Barbosa, 2010), Bermejo (2009), Gameiro (1988) e Payás (2010), em que se identificam as necessidades de amor e pertença como fundamentais, conseguimos compreender o como é que a relação do casal é associada ao sentido de vida das mulheres viúvas e o porquê de poder haver perda deste sentido na morte do marido.

No momento presente não só se lamenta e se sofre pela ausência em si, por já não ser possível estar fisicamente com o falecido, mas também e por vezes essencialmente, porque na sua perda, se perdeu a resposta a necessidades da mulher: a segurança financeira, possibilidade de relacionamento, companhia e actividades sociais, afecto, segurança e atenção (dificilmente substituível). Encontramos esta mesma preocupação em Gameiro (1988) e na revisão de variados autores: Lopata, 1996; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Montorio et al., 2006; Pinazo, 2006; Sheldon, 1998; Utz, 2006; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 2010.

N6 diz-me: *“Sempre juntos...não hei-de ter saudades!”* e N8: *“(...) As únicas que eu tenho é os momentos que eu tenho com o meu marido.”*

Recordo também N9: *“(...) foi uma falta muito grande...foi o estar aqui habituada a uma pessoa, toda a vida, não é? Porque são 47 anos de casamento, é muito. Eu casei uma menina, ele não, já era um homem feito, tinha 25 anos, eu tinha 16, quando casámos. De maneira que nunca conheci outro homem na minha vida, foi o meu marido, e toda a vida aqui vivemos os dois. E agora cada vez estávamos mais...mais os dois, não é?”*, em que encontro outra referência recorrente nas narrativas: o número (largo) de anos de casamento. Aparece assim ilustrada a questão da duração das relações, características dos casais idosos e novamente justificativa do elo forte do casal e do quanto idiossincrática poderá ser a sua relação, agora interrompida pela morte do conjugue (Bennett & Bennett, 2000; 2001; Bermejo, 2007; 2009; Bonnano et. Al., 2005b; Carr, et al., 2000; Gameiro, 1988; Hansson & Stroebe, 2007; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Worden, 2010).

Neste seguimento, aparece junto do lamento pela perda, a referência a um “futuro imaginado” que não chegou a ser vivido pelo casal: “*Nós íamos para a rua, nós éramos assim, “Ai Z. quando nós fomos velhinhos os dois, cada um com a bengalinha” (...) O que a gente adorava chegar assim a muito velhinhos, muito velhinhos...*”. (N5). Relembrei com este exemplo algumas das expressões de angústia, partilhadas por outras idosas viúvas, que anteriormente tinha acompanhado em domicílio e senti reconhecimento nas suas expressões a vontade de seguir o futuro como casal, com os seus desejos e projectos, presentes, contra qualquer preconceito, na terceira idade.

Nesta linha de ideias, compreende-se que a continuação da sua existência faça sentido, perspectivando a relação do casal no seu futuro. Como já tinha antecipado, esse futuro é frequentemente o único no pensamento das mulheres idosas viúvas entrevistadas.

Dado que o marido faleceu e a sua relação de casal foi desta forma interrompida/alterada, a sua esperança na vida está ligada de forma íntima com os seus recursos espirituais e religiosos (mais adiante apresentados) e assenta na crença de reencontro pós morte do casal, tal como por exemplo, Kubler-Ross & Kessler (2010) reviram.

N4 expressa esta ideia de uma forma muito clara e completa: “ (...) *Nós (crentes) acreditamos que vai haver uma ressurreição, e que não vamos deixar de ver a pessoa para sempre (...) e essa certeza que nós temos, dá-nos um ânimo que se calhar os outros não têm (...) dá-me garra, para me agarrar à vida. Não sei para quando, mas sei que um dia nos iremos ver...*”

N8 também expressa esta esperança: “ (...) *e é agora passar os meus dias até que Deus se lembre de mim... (chora) para ir para o pé dele. (...) Eu mesmo assim tenho-me aguentado. Triste. Sete meses, fez dia 12, sete meses. Já há muito tempo que não vejo o meu marido, agora não sei quando o vou ver outra vez. Só Deus é que sabe. Eu estou convencida que o vou ver.*”

Como todas as mulheres idosas viúvas entrevistadas, sublinho neste exemplo o facto de N8 referir minuciosamente a data de morte e o tempo que passou. Foi comum referirem em detalhe estes marcos temporais (principalmente a data de 1º aniversário), e este aspecto reforça a importância que o suporte social, formal e informal lhe deverá dar nos acompanhamentos realizados, como previsto por vários autores (Barbosa, 2010; Bermejo, 2007; Ferreira, 2009; Gameiro, 1988; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Parkes, 1998; Worden, 2010).

3. Procura de proximidade, manutenção da relação com o falecido e promoção da sua continuidade para além da sua ausência

Este aspecto, intimamente ligado à vivência presente da “Essência” anterior (lamento pela perda/ ausência da relação), é apresentado aqui, dela apartado, pela sua independência em termos de simbolismo, sentimentos, pensamentos e comportamentos descritos.

Neste tema encontramos um padrão de procura (em pensamento ou comportamento) de proximidade do falecido de forma maioritariamente simbólica, e teoricamente muito próxima do que autores como Bermejo (2007) ou Neimeyer (2007) apresentaram:

- O recorrer a fotografias para se aproximar do falecido, podendo por exemplo, acarinhá-lo, falar com ele como se estivesse presente, mesmo sabendo que não está: “ (...) *De manhã, quando saio daqui a noite, dou-lhe um beijinho (foto), faço uma festinha, com os dedos, quando chego de manhã, abro aqui, faço-lhe outra vez. Pronto, sinto-me bem, sinto-me bem a fazer isto, é como se estivesse a cumprimentá-lo (chora)...*” (N8). Outro aspecto importante que encontrei em todas as entrevistas, foi o facto de existirem sempre fotografias dispostas pela casa e, em algum momento da partilha, as entrevistadas recorreram a alguma, de alguma forma, “apresentando-me” ao ser querido de quem estavam a falar na entrevista.

- Também foi frequente o relato de não tomarem em conta a morte do marido, julgarem que está presente e responderem a esse estímulo: “ (...) *eu as vezes, ainda penso que ele está aqui...e as vezes ouço coisas assim coisas na televisão que eu sei que ele gostava de ouvir, e olha “vou contar ao N.” (...) No princípio enganava-me que ele ainda estava ai a chegar, que estou atrasada para comer...*”. (N1)

- Expressão da necessidade de conservar consigo cinzas ou ir ao cemitério: “ (...) *foi-me (a nora) levar lá ao cemitério, eu quando vi, ai, mas fiquei tão contente. “Você não queria vir ao pé do seu marido? Ele está aqui”, chorei tanto, tanto, tanto...e fiquei muito contente com ela (...) ele não tá ali, tão lá as cinzas, foi onde eu o vi a última vez, estão lá as cinzas e dele...e não sei, sinto-me bem quando lá vou. Sinto tristeza, mas sinto que estou mais perto dele.*” (N8).

- Estar em contacto com os mesmos espaços compartilhados pelo casal:
“(...) Não vou abandonar o meu marido, que ele continua aqui (olha para foto) (...) ainda durmo na cama do meu marido, almofada dele e tudo...” (N3), ou “ (...) A nossa casa, o que é que é isto? Mas, é o nosso cantinho, não é? Onde já vivemos com outras pessoas (...)” (N7), lembrando o valor que Doyle & Jeffrey (2000) ilustram em relação ao domicílio das famílias e doentes.

- Conservar o seu lugar em algum espaço da casa: “ (...) Às vezes pomos lá o lugarzinho dele...(na mesa com a família) (...) Era dele e era dele. E vai ficar sempre dele, o lugarzinho dele ninguém lho tira (Cama). ” (N9)

Todos estes comportamentos parecem assegurar a manutenção e continuação da sua relação como casal, como N1 afirma: “ (...) foi meu companheiro tantos anos...companheiro, marido, que éramos casados...e somos na mesma.” Ou N5: “ (...) eu tive aqui uma amiga e disse, “você eram tão apaixonados” e eu disse “Eu continuo apaixonada pelo meu marido” (...) eu continuo e morro apaixonada pelo meu marido... (chora). Ele também está apaixonado por mim.”.

Identifiquei, tal como Gameiro (1988) já descrevia, algumas formas mais ilusórias/irreais (ainda que conservando o sentido crítico em relação ao seu pensamento e sendo estas experiências descritas como mais iniciais): dizem respeito a relatos de momentos em que as mulheres viúvas sentiram efectivamente a presença ou sonharam que o marido estava presente, associando a essa experiência alguma justificação mais transcendente/espiritual (Astudillo et. al., 2008b; Bennett & Bennett, 2000; Bermejo, 2007; Bermejo & Santamaría, 2011; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Lopata, 1996; Menéndez, 2006; Neimeyer, 2007; Parkes, 1998; Worden, 2010).

“ (...) De vez em quando sinto que ele se está a encostar a mim, mas isso é tudo natural, porque foi mais nos 1ºs meses...” (N2).

“ (...) Sonhava que via o meu marido, vestido com o fato que ele levou, a ri-se para mim (...) era um vulto que eu vi, não sei se vi, eu dá-me ideia que vi, era um pesadelo, penso eu, essas coisas não sei...” (N5).

“ (...) Sinto só a presença dele, a falta dele cá em casa. (...) Eu creio no espiritismo e o meu marido está sempre presente. Eu acho que ele está sempre presente...” (N9)

Há também relatos de momentos em que pensaram que pudesse a morte do marido não ser verdade (como na negação ainda em fase de trauma, citando Kubler-Ross & Kessler (2010) ou Payás (2010)) e tiveram a esperança que ele a qualquer momento regressasse, confrontando-se depois de forma racional com evidências da morte (como as cinzas como forma de testagem de realidade, por exemplo). São exemplo:

“ (...) na altura em que a pessoa morre, a gente sente aquela falta porque a pessoa desapareceu, mas não sei porque, há sempre, uma ilusão... aquela coisa... não tá cá porque foi a qualquer lado... ele às vezes ia para a filha...” (N9).

“ (...) É uma chama, uma chama acesa à mesma. É como se ele tivesse ido a qualquer lado e a qualquer momento fosse chegar. E a gente tivesse aquela alegria “Ai e tal que saudades, nunca mais vinhas”... (...) eu as vezes dá-me a ideia “Ai não, mas as cinzas...” porque parece mentira. Eu assim “Ai meu Deus, parece mentira, parece mentira que o meu marido morreu, mas as cinzas... ai mas eu também não vi”, e assim começam as confusões na cabeça, e o melhor é mudar logo de dar a volta ao assunto senão a coisa começa a ficar estragada. “ (N5)

Por outro lado, existem também comportamentos ou pensamentos de afastamento/evitamento da evidência da morte do marido e da sua perda (Payás, 2010). São exemplos:

“ (...) não saio muito, e vejo os outros colegas e assim, e não o vejo a ele... é muito triste...” (N1) ou “ (...) Não posso ouvir certas coisas que ele gostava, por exemplo fados, que ele gostava, não consigo.... sei lá, é uma coisa muito forte, é mesmo muito forte.” (N9)

Alguns deste evitamento estão apenas relacionados com o evitar de confronto com o sofrimento vivido na doença, mais do que com a evidência da sua morte e é exemplo, o evitar ir às instituições onde o marido esteve internado, sofreu e faleceu:

“ (...) Eu mesmo que lá quisesse ir, parece que não sinto ainda aquela coisa de entrar... (instituição de internamento/ morte do marido)” (N6) ou “ (...) mas ir lá ao hospital é difícil, custa-me. Fui lá a missa. Mandaram-me um postal a dizer que era lá a missa, e custa-me, olhar para a janela onde ele me dizia adeus...” (N8).

III. A DOENÇA

1. Recordação da vivência do sofrimento desde diagnóstico de doença até à morte do conjugue e seus rituais

Tal como já tinha acompanhado na minha experiência em Apoio domiciliário, mas também em Tres Cantos, na Unidade de Cuidados Paliativos, na vivência do luto das mulheres idosas entrevistadas está presente de forma muito marcada (e por vezes imensamente detalhada), a recordação e sofrimento vivido desde diagnóstico da doença, seu percurso nos tratamentos, esperança de cura e desilusão de fatalidade, até à derradeira pioria de sintomatologia, percepção do fim de sua vida e morte. Esta recordação inclui a recordação dos rituais fúnebres, aspecto muito valorizado por Gameiro (1988).

N3 dizia-me logo no início da entrevista: “ (...) *Quer saber desde que ele faleceu o que eu tenho passado, eu não digo assim, desde que ele caiu a cama o que eu tenho passado...*”.

Ao longo das descrições feitas pelas mulheres entrevistadas, está presente o sofrimento já anteriormente referido, pelo que este ponto nos remete para o impacto que o percurso da doença em si mesma, logo desde o diagnóstico, tem na vivência seguinte do luto, reflexão essencial em cuidados paliativos como revisto na Revisão de Literatura (Astudillo et al. 2008b; Bermejo, 2007; Davies & Higginson, 2004a; 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; Figueiredo, 2007; Hudson et al., 2012; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Panke & Ferrel, 2010; Pinazo, 2006; Sheldon, 1997).

Como se detalha nos pontos seguintes, a filosofia prevista pelos cuidados paliativos em relação aos doentes e cuidadores é efectivamente necessária para bem-estar desta população, e o apoio das equipas não se limita ao apoio emocional necessário na morte e luto, mas também preventivamente, na avaliação e resposta efectiva e holística às necessidades identificadas de doente e cuidadora, neste caso, esposa (Barbosa, 2010; Carr, et al., 2006; Davies & Higginson, 2004a; Doyle & Jeffrey, 2000; Ferreira, 2009; Guarda et al., 2010; Hudson et al., 2012; Kissane & Zaidler, 2010; Sheldon, 1997).

2. Reflexão no papel de cuidadora acompanhando o marido até à morte

Em primeira instância, a mulher idosa, apresenta pensamentos relacionados com a certeza de ter feito tudo o que podia (e não podia) nos cuidados ao marido, reconhecendo

exaustão e um esforço sobre-humano, dado o impacto do próprio envelhecimento na sua saúde e nas suas capacidades, como referem os autores preocupados com o cuidar e o luto como comprometedores de um envelhecimento saudável (Bermejo & Santamaría, 2011; Carr, et al., 2006; Davies & Higginson, 2004a; Doyle & Jeffrey, 2000; Ferreira, 2009; Figueiredo, 2007; Guarda et al. 2010; Hansson & Stroebe, 2007; Hudson et al., 2012; Lopata, 1996; Márquez González & Losada Baltar, 2009; Schulz & Beach, 1999; Sheldon, 1997).

N4, mulher gravemente doente (situação oncológica) já na altura em que cuidava do marido, afirma: “(...) tive de me esquecer *de mim (...)* fui vê-lo sempre (...) foram uns anos de muito, muito desgaste, mas sempre tentei fazer o meu melhor, e isso deixa-me bem comigo mesma...porque eu não sabia fazer melhor do que aquilo que fiz...”

N5 também partilha a sua experiência: “ (...) Alguém me deu força para lhe pegar... (chora) força para tudo...eu pegava nele para lhe dar banho, para o por a fazer chichi e tudo, e ele assim, “Ai, tu não vais aguentar, não vais aguentar”, “Aguento deixa-te estar sossegadinho” (...) eu já não dormia, estava a toda a hora, quando se tem um doente numa fase daquelas (...) há sempre uma coisa, não venham...a mais, e eu nem nunca me queixei nem nunca me custou nada fazer isso! (Chora)”.

Este brio no cuidar, de alguma forma cultural e religioso (Ferreira, 2009; Figueiredo, 2007) aparece relacionado com a noção de cumprir perfeitamente a sua função de esposa, fazer tudo o que fosse possível fazer e até ao fim da sua vida, como forma de garantir o bem-estar do marido, mas também os sua tranquilidade, conforto e paz espiritual, mais do que na altura (em que estavam a comprometer a sua saúde), no seu processo de luto (antecipado). São exemplo:

“ (...) eu sinto uma paz interior, porque eu fiz tudo o que humanamente era possível fazer. Tudo o que estava ao meu alcance e mais além, eu fui até aos limites. Em tudo, não tenho nenhum remorso, nenhum arrependimento...” (N5)

“ (...) ao menos aqui tinha a família toda de volta dele. Teve carinho, teve tudo. Não lhe pude fazer mais nada, tudo o que pude fazer-lhe, fiz-lhe, não lhe pude fazer mais nada...” (N9)

Este último exemplo remete também para a vontade global de se manter e cuidar do doente em casa, valorizando o acompanhamento da família e a partilha de experiência de

morte de forma digna e humana (Bermejo, 2003; Doyle & Jeffrey, 2000; Ferreira, 2009; Gameiro, 1988; Guarda et al. 2010; Neto, 2010).

Paralelos a estes sentimentos de tranquilidade no luto do marido, quando, de forma real ou não, não foi possível fazer no modo como idealizaram, surgem afirmações que apontam para sentimentos/ideias de culpa e remorso (Bermejo, 2007; Menéndez, 2006), aspectos descritos como comprometedores do processo de luto, ainda que nas entrevistas realizadas, estes não me tenham surgido como ideias ruminativas, persistentes e causadores de mal-estar intenso.

N4 comparte por exemplo: *(...) eu fiz exactamente aquilo que...não me arrependo de nada daquilo que fiz nem da maneira como eu fiz. Tive pena foi, de nos últimos meses, eu já não conseguir, e não ter arranjado ninguém para aqui.* Este exemplo, leva-me a referir, que não existiu uma falta por assim dizer da cuidadora, mas uma indisponibilidade ou falta de acesso a recursos para cuidar no domicílio como desejava. Cabe às políticas de saúde expandir os seus recursos, assegurar a sua acessibilidade e eficiência para responder a estas necessidades, sendo esta uma forma de cuidar, mas também de não comprometer a vivência saudável do luto dos cuidadores (Capelas, 2009; Carvalho & Botelho, 2011; Davies & Higginson, 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; Ferreira, 2009; Hudson et al., 2012; Neto, 2010; Sheldon, 1997).

Um outro exemplo, bem expressivo da exaustão da cuidadora é o de N7: *“(...) já não tinha forças, tava também já muito em baixo...e isso, o toque de eu, fazer assim e ele “Tás-me a bater” e eu disse “Não, Z. eu nunca te ia bater, fiz-te só assim para ver se tu conseguias...levantar a perna”, mas fiquei com remorsos muitos meses (...) Deus perdoa-me, porque eu não fiz isso com aquela raiva, com aquela...eu também andava muito cansada. Porque ele era...aquilo era já o cansaço, não é?”.*

Associado a este sentimento de exaustão, esteve frequentemente o alívio pelo fim do sofrimento com o momento da morte do marido. O alívio apresentou-se, mais conectado com o facto de o marido não sofrer mais, mas também a própria, por vê-lo sofrer a ele. Este alívio, tal como também já o conhecia das equipas de cuidados paliativos com que trabalhei, não apareceu associado a sentimentos de culpa:

N8 dizia-me: *“(...) quando ele faleceu, foi quase que como um alívio (...) porque o problema não era viver, era estar a vê-lo sofrer no dia-a-dia...Eu sofria muito, vinha para casa muito sofrida...”.*

E por fim, uma questão de fim de vida e momento da morte, com a qual N8 aponta dificuldade em lidar, ainda na actualidade, 7 meses depois: “ (...) *Só tenho pena de não ter ficado ao pé dele no dia que ele faleceu. É que eu suspeitava que ele ia falecer nesse dia (...) o que me custa mais é isso, porque ele tava no limite, tava na hora dele, não ter ficado lá mais tempo, tenho remorsos, custa-me muito....”*.

O cuidar aparece também expresso no desejo de proteção do marido, de lhe esconder a verdade sobre a gravidade e fatalidade da doença, aproximando-se de casos que preocupam as equipas de profissionais em cuidados paliativos, de conspiração do silêncio (Arranz, et al., 2005; Bermejo, et al., 2012; Doyle & Jeffrey, 2000; Menéndez, 2006; Sapeta & Lopes, 2007): “ (...) *O médico disse que já não havia nada a fazer?”, “Não, T., tas...tas enganado. Ele disse que agora ias parar, para ver, agora descansavas, que era para ver depois o que se ia fazer...”*mentira piedosa, não é? (N9).

Como já tinha antecipado, nas questões actuais em cuidados paliativos, independentemente de como foram conduzidos os casos, o que não era tema da investigação, há que seguir o investimento nas competências das equipas no que diz respeito às suas competências de comunicação (Bermejo, 2011; Davies & Higginson, 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; EAPC, 2004; 2007; Sapeta & Lopes, 2007), reforçando aqui novamente a importância do acompanhamento de doente e família, resposta holística às necessidades de ambos e o esforço de um bom trabalho de luto antecipatório, com recurso a ferramentas de trabalho já reconhecidas pelo seu valor e resultados, como as conferências familiares (Doyle & Jeffrey, 2000; Ferreira, 2009; Gameiro, 1988; Guarda et al., 2010; Neto, 2003; Neto & Trindade, 2007; Sheldon, 1997).

3. A relevância atribuída aos cuidados das equipas de saúde e instituições ao longo da doença e na morte digna desejada

Esta essência da vivência do luto remete-nos ainda mais concreta e especificamente para a necessidade de zelarmos pelos bons cuidados prestados pelas equipas ao longo de todo o percurso da doença, independentemente de este ser feito pelas equipas de cuidados paliativos especializadas (que me referenciaram os familiares em luto, por exemplo), mas também todas as outras, que os acompanham, quer a nível dos cuidados de saúde primários, como hospitalares ou mesmo residenciais (Carr et al., 2006; Davies & Higginson, 2004a; 2004b; Doyle & Jeffrey, 2000; Fernández-Ballesteros, et

al., 2009; Hansson & Stroebe, 2007; Hudson et al., 2012; Neto, 2010; Petralanda, et. al., 1996; Prigerson & Jacob, 2001; Richardson, 2006; Schulz & Beach, 1999; Sheldon, 1997; Utz, 2006).

As mulheres entrevistadas fazem sempre uma reflexão do que foi a sua experiência enquanto esposas de alguém doente que recebe cuidados, tendo uma percepção da qualidade dos cuidados oferecidos, não só do ponto de vista de competência técnica, na satisfação do controlo de sintomas por exemplo, mas também do ponto de vista de comunicação, atenção e relação, em resposta a outras necessidades que não as físicas e não só às do doente, mas da própria e sua família, tal como preconizado pelos cuidados paliativos. Como revisto pelos vários autores, a percepção de maus cuidados, pouca atenção ou negligência são factores de risco no luto (Barbosa, 2010; Doyle & Jeffrey, 2000; Neto, 2010; Panke & Ferrell, 2010; Sheldon, 1997; Twycross, 2003; Worden, 2010).

Na minha própria experiência, em domicílio e em Unidade de Tres Cantos, recordo as palavras de agradecimento e conforto que os familiares transmitiam pelo apoio sentido nos cuidados e na atenção dada aos próprios. E de forma intuitiva compreendia que o impacto era positivo no momento em que faleciam os doentes.

Das entrevistas são exemplos de sentimentos e pensamentos negativos de zanga e indignação, em relação à experiência (de percepção de algum tipo de negligência) com a equipa de cuidados⁵:

N3: “ (...) foi para o Hospital da M., que eu não gostei nada, nada... (chora). Eu tive 5 anos o meu marido, e não tinha uma ferida, e o meu marido no Hospital teve lá 1 mês e veio cheio de feridas...”

N7: “ (...) Gritou pelas enfermeiras que elas queimaram-lhe a pele, descuidaram-se (em RT) e por isso é que agora não conseguiu coser...”

N8: “ (...) Ora se eu via que o meu marido estava no fim como é que elas não viam? É porque não estavam a ligar aos doentes! (zangada) Não estavam, não estavam a dar atenção!”

⁵ As equipas de cuidados, não identificadas, foram variadas e não apenas de Cuidados Paliativos. Os doentes e famílias, ao longo da doença estiveram com várias equipas e a experiência que apresentam é de variados acompanhamentos.

Por outro lado, são também exemplos, sentimentos e pensamentos positivos em relação à experiência com a equipa de cuidados, o que facilmente se reconhece na entrevista como fonte de conforto, gratidão e bem-estar, ou seja, como factor protector do seu luto:

N6: “ (...) *Ele gostava muito de estar na clínica, foi lá muito bem tratado, muito muito, muito. E eu também, estava lá com ele, também elas eram tão carinhosas, amigas, amigas, amigas, tão carinhosas, deram tanto apoio ali, trataram-no lá muito bem...*”

N7: “ (...) *aqui nas I. também tiveram e realmente é mais agradável. E elas foram realmente simpáticas, e pronto, agradeço-lhes imenso...*”

N8, que se centra na importância da atenção da médica de família, já descrita pela literatura como especialmente próxima da população idosa (Davies & Higginson, 2004a; Doyle & Jeffrey, 2000; Fernández-Ballesteros, et al., 2009; Hansson & Stroebe, 2007; Hudson et al., 2012; Martín, 2009; Neto, 2010; Petralanda, et. al., 1996) e com possibilidade de apoio no decurso da doença e no processo de luto em continuidade: “ (...) *quando o meu marido começou a ficar doente, fui lá e disseram que já tinha médico de família. Tão boa, tão atenciosa! Sempre a dizer que se eu não estiver bem, para ir falar com ela, que me ajuda. (...) é muito importante, quando uma pessoa está assim, sentir que as pessoas se prestam...quando nos vemos sem nada caímos mais depressa.*”

E por fim, N9 de forma muito clara: “ (...) *Porque a gente quando vê um ente querido nosso a sofrer e que não é bem tratado, custa muito não é? Mas não, o meu marido era bem tratado, graças a Deus era, nem tenho razão de queixa das enfermeiras nem nada, até me deixavam lá estar...às vezes ficava lá até as horas de ter de sair...e elas não me diziam nada.*”

Estes aspectos realçam-se no momento de fim de vida e na capacidade que tiveram de assegurar uma morte digna do doente, aspecto desejado pelas esposas, de forma mais ou menos explícita.

N1 expressa na sua entrevista que se sente tranquila, apesar do sofrimento da sua actual vivência por o marido ter aceite a morte antes de falecer (Kubler-Ross, 2008), trabalho realizado num esforço da equipa de preparação para a morte e apoio às necessidades holísticas do doente e família: “ (...) *ele tava muito revoltado, uma coisa que eu achei muito bem muito bem foi prepará-lo para aquilo, para a morte, uma coisa que eu*

não era capaz, eu não sei, teve umas fases, primeiro teve umas fases, e depois não sei, quem foi que o levou a aceitar a morte, não foi quem foi. Se foi a psicóloga, Dra., S., se foi alguma Irmã, diz que estava lá uma Irmã espiritual e conversava muito com ele (...) Eu só estou assim mais (tranquila) ...é ele ter aceitado, porque ele tava muito muito revoltado, mas depois aceitou.”.

Outros dois exemplos, relativos à necessidade de dignidade em fim de vida, um em relação à forma como é vivida a morte do conjugue e outro em relação aos rituais fúnebres, aspectos a considerar de forma mais activa nos cuidados paliativos como Doyle e Jeffrey (2000), Gameiro (1988) e Sheldon (1997) revêem:

N5: “ (...) Não me vou esquecer desta agencia”, que dignidade, que sentimentos, que homenagem, que prestam a uma pessoa...” ou o exemplo de N7: “ (...) Meu Deus que bom que é, sofreu tanto, ao menos agora que morra descansadinho” e foi, ficou muito bem, muito calminho...”.

IV. HISTÓRIA PESSOAL

Reminiscência da infância, historia pessoal e perdas/ lutos anteriores e contemporâneos à perda do conjugue

Nas narrativas das mulheres entrevistadas aparecem de forma intensa, sentimentos e pensamentos que remetem para a importância das experiências precoces (Bowlby, 1998; Parkes, 1998; Worden, 2010), nomeadamente as de perda de pais ou de frágil segurança familiar na infância, algo longínquo da actual experiência de luto.

A morte dos pais também aparece descrita, quando vivida já na idade adulta, mas o aspecto coincidente nestas perdas, é o facto de o relato ser feito com uma intensidade de sofrimento bastante marcada, por vezes superior à que aparece na expressão de sofrimento por morte do marido, tema da entrevista.

Numa abordagem superficial poderia pensar que se tratam de lutos não elaborados, com aspectos muito traumáticos subjacentes (Payás, 2010) e que, com a perda do marido, estão novamente mais presentes na vida emocional da mulher idosa que repetiu novamente uma perda, mas importa-me acima de tudo sublinhar que na historia pessoal desta população, há experiências anteriores de perdas, o que cumulativamente pode ter algum impacto na vivencia saudável deste luto e do seu envelhecimento (Hansson & Stroebe, 2007).

Por outro lado, por se tratarem essencialmente de perdas dos pais, encontramos novamente a questão dos estilos de vinculação, potencialmente dependentes/inseguros, cuja relação com o marido serviu de nova vivência emocional dessa segurança/insegurança, reforçando a questão da interdependência que estes casais idosos têm, pela sua intimidade, apoio e dinâmica duradoura e por vezes exclusiva, como estudado largamente por Bennett, Bonnano, Carr e Parkes, entre outros referidos na revisão teórica.

Juntamente com a referência a perda de pais, na infância, juventude, as idosas remetem naturalmente para outras experiências de sofrimento, como a miséria na sua infância e juventude, lembrando aqui, como breve nota histórica que a sua infância e juventude corresponde social e culturalmente ao início e meio de século XX no nosso país, historicamente marcado pela I e II Grande Guerra (apesar de não ter afectado directamente o território), pela Ditadura de Salazar e por um período de marcado êxodo rural, com sérias dificuldade económicas e sociais para a maior parte da população, que começava apenas a ter acesso a cuidados básicos de saúde e educação.

N7 expressa de forma muito intensa a sua história de vida: “ (...) *Sabe que, talvez porque... (chora) fiquei sem o meu pai tinha 5 anos (chora) (...) Desculpe, já estava a espera disso... (chora). O meu pai morreu, deixou 7 filhos, o meu pai morreu com 39 anos, deixou 7 filhos. A minha mãe tinha um bebé de três semanas. O meu pai adoeceu em 6 meses, tuberculose naquela altura dava cabo das pessoas. E nós ficámos todos pequeninos (...) sempre tive o desgosto do meu pai ter morrido porque me lembro de ele com 5 anos, ainda me lembro de ele ter morrido, de tar doente, disso tudo, um desgosto, mas...aceitava...*”

N8: “(...) *eu é que fui sempre doente...com depressões, porque eu muito nova fiquei com a minha mãe... (isto agora...) fiquei com a minha mãe com Alzheimer e cancro nos intestinos, tinha doze, treze anos, e tive...tive que trabalhar e cuidar dela (suspira) (...) perdi o meu pai com 5 anos, e a partir daí a minha vida nunca foi alegre. A minha mãe perdeu também a vontade de viver e não me dava atenção (...) eu passei, eu passei muita fome, às vezes não tinha 9 tostões para comprar meio pão, passei alguns dias sem comer.*”

As perdas actuais, simultâneas ou posteriores à morte do marido, não parecem valorizadas de forma muito intensa, mas existindo, representam uma perda acumulada e trazem sofrimento acrescido à experiência de luto do marido (são exemplo N4 e N9 que relatam a perda recente de irmãs).

Curiosamente, por confronto com estas perdas, não parece haver qualquer ansiedade existencial ou medo de morrer (Astudillo et al. 2008a; Barbosa, 2010; Bermejo, 2009; Bermejo & Santamaría, 2011; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Wolf & Wortman, 2006; Worden, 1976, cit. Worden, 2010), pelo contrário, como ilustrado no ponto em que exploro a questão do futuro transcendente esperado, de reencontro com o marido, a ideia de morte parece associada a satisfação e tranquilidade, precisamente pela realização transcendente do seu desejo de relação com o ser amado. A vivência destas mulheres (tal como as que já conhecia do acompanhamento em domicílio) parece enquadrar-se perfeitamente na ideia Kubler-Ross & Kessler (2010, p.162) que apresentei na Fundamentação teórica: *“Quando somos idosos, tememos menos a morte. Às vezes, uma mistura de ausência de medo e de esperança de reencontrar-se com os seres queridos que se foram, conecta aos que estão em luto e proporciona-lhes consolo”*.

V. CONTEXTO SOCIAL

1. A importância das relações na vivência do luto: suporte da familiar e não familiar

Esta essência, largamente explorada na Fundamentação teórica e muito valorizada por Gameiro (1988), como essencial para uma boa vivência do processo de luto, no caso específico das mulheres idosas viúvas (Benkel, et al., 2009; Brown, et al., 2006; Capraga, 2009; Fontaine, 2000; Hansson & Stroebe, 2007; Lopata, 1996; López Bravo, 2009; Menéndez, 2006; Montorio, et al., 2006; Pinazo, 2006; Villar & Triadó, 2006b; Wolf & Wortman, 2006), apresenta três faces relevantes no caso das entrevistadas:

- O suporte familiar (ou insuficiência/ ausência dele)
- O suporte dado por outros elementos que não família (vizinhos, amigos, comunidade próxima, como revisto especificamente por Benkel, et al., 2009 ou Subramanian et al. 2008).
- O impacto que os outros, de forma geral, no seu contexto cultural e social, têm nos sentimentos, comportamentos e pensamentos

O suporte familiar (especialmente filhos e netos, mas há exemplos de apoio de família mais alargada) é especialmente valorizado na partilha do sofrimento vivido ao longo da doença e na morte do conjugue e este parece ser especialmente sentido pela mulher

idosa como relevante na valorização que conjuntamente fazem do falecido, como forma de o valorizar e dignificar, como se símbolo da sua continuidade, como descrito por Chochinov (2002; 2006) ou McClement et al. (2007).

N9 ilustra-o com a sua experiência: (...) *E o meu marido doeu muito. Doeu muito em todos, nas filhas, até no genro. Tanto nas filhas, como no genro como nos netos. Como em mim. Ele doeu. Fez doer muito. Muito mesmo. É uma falta muito grande que a gente tem. Então a gente só se sente bem a falar nele. Se estamos todos reunidos, vem sempre o avô à baila (...) A gente lembra-se sempre dele constantemente. Porque ele foi uma parte muito importante da nossa vida. E continua a ser, que a gente não o vai esquecer.*”

A família tem também uma função reconhecida de apoio da idosa, sendo considerada fonte de afecto, distração/ ânimo:

N5 conta-me que o seu neto lhe ofereceu um aquário com um peixe para ela cuidar: “ (...) *o meu neto que me comprou para me distrair. E eu gosto de animais (...) De resto não saio, também não posso deixar os bichos com ninguém...mas ajudam-me, o meu neto disse-me “enquanto tu estiveres preocupada com eles, já não te preocupas com aquilo que já não tem remédio”... (sorri).*”

E N9 aponta o quanto protectora e afectuosa tem sido a família no seu processo de luto, após perda do marido, que fonte de afecto, segurança e apoio: “ (...) *Mas tenho algo que me agarra aqui (vida) também, que é os meus netos e o meu filho... (...) Toda a gente sente falta de carinho. O meu filho dá-me. Abraça-me, dá-me beijos, aperta-me e eu sinto-me bem.*”

A família também dá resposta a necessidades de suporte instrumental (essência explorada mais adiante de forma separada) em tarefas novas da vida quotidiana que se impuseram pós morte do marido: “ (...) *tive de passar a fazer essas coisas todas, eu até dava em maluca no primeiro mês, o que me valeu foi a minha filha...*” (N2), actividades descritas por Hansson & Stroebe (2007), a partir do Modelo de Processamento Dual como de maior dificuldade para a população idosa, evitante de tarefas de restauração e portanto, com grande necessidade de suporte social.

Por outro lado, e na relembrando quer a maior tendência para Orientação para a perda na terceira idade (Hansson & Strobe, 2007), como a necessidade de escuta, de recordar, de sentir e de narrar e elaborar a sua experiência para reencontro de significados

e sentido de vida (Bennett & Vidal-Hall, 2000; Bermejo, 2007; Gameiro, 1988; Neimeyer, 2006; 2007; Neimeyer, et al., 2006; Villar & Triadó, 2006b; Worden, 2010), a família, de forma curiosa, é percebida e aparece descrita como insuficiente ou emocionalmente indisponível ou incapaz (podendo estar a vivenciar o seu luto de forma evitativa por exemplo (Payás, 2010)).

Algumas das entrevistadas chegam a referir que os familiares, apesar de terem apoiado a iniciativa de participar na investigação, com a realização da entrevista, não seriam capazes de escutar a partilha. Este aspecto reforça a minha ideia inicial de projecto: as idosas viúvas na vivência do luto, têm raras oportunidades de escuta e é dada pouca atenção ao acompanhamento do seu luto, em qualquer nível de cuidados. As próprias reforçaram o gosto na participação, essencialmente pela oportunidade de falar sobre o tema, o que vai ao encontro dos princípios de Kubler-Ross (2008); Neimeyer (2006; 2007), Bermejo (2003; 2007; 2009), entre outros.

Por oposição a esta necessidade, a idosa aponta que a família tendo por vezes a investir na sua distração, o que chega a ser percebido como efeito nefasto por impedir a vivência do luto como a própria deseja:

N2 identifica de forma clara: “ (...) *a minha filha ainda hoje me ligou se eu queria ir ao ZOO e eu disse “Não filha, não vou” e muitas vezes vou...e não me deixaram fazer luto também. (...) tiraram-me logo de casa, para ali para aqui e para acolá e eu não cheguei, não...acho que ainda não fiz o meu luto, o meu luto como deve ser...*”

N5 de forma semelhante: (...) *o meu filho está sempre a dizer “ (...) Ó mãe tu és uma pessoa que tem tanta facilidade em ir” (...) mas é difícil, eu sei que eles é no bom sentido que me querem mandar ir, para me distrair...*”.

Encontro também o fenómeno de sobrecarga do núcleo familiar de suporte (com quem podem inclusive coabitar) na vida da própria mulher idosa: esta pode desempenhar uma função de suporte financeiro à família, sendo a avaliação que fazem dessa contribuição variante.

N7 compartilha que a sua vivência do luto está desde início comprometida pelo facto de o seu filho e netos terem vindo viver com ela logo após a morte do marido, não para a apoiarem, mas para ela os apoiar porque a mãe dos netos se ausentou e existia conflito familiar: “ (...) *Eu desde a morte do meu marido que fiquei com o meu filho e com os meus dois netos cá em casa (...) De maneira que são a minha companhia, mas claro...um*

bocadinho pesado (...) Eu não tenho ódio a ninguém, nem raiva a ninguém, mas que ela (ex-nora) me pôs uma grande cruz nas costas pôs. (...) Chega para viver (a reforma), para ajudar o meu filho, que ele também precisa e os meus netos.”

No mesmo, ou além desse núcleo familiar, há também pensamentos em que expõe a sua percepção de falta de apoio por ausência (intencional ou não) de outros elementos, o que promove alguns sentimentos de incômodo e agrava a solidão (Astudillo et. al., 2008a; 2008b; Bermejo & Santamaría, 2011; Brown, et al., 2006; Capraga, 2009; Fontaine, 2000; Kissane & Zaider, 2010; Lopata, 1996; Lopéz Bravo, 2009; Martín, 2009; Menéndez, 2006; Paúl, 1997; Pinazo, 2006; Worden, 2010) à mulher idosa, fenómeno largamente descrito como comum na viuvez feminina da terceira idade, não só por perda do conjugue, mas por falta de outras relações:

N2 identifica a falta de tempo dos filhos: “ (...) os filhos também não têm tempo para nós. Os filhos hoje não têm tempo.”, assim como N7: (...) eu tenho dois filhos maravilhosos, mas a minha filha mora na P., mora longe e é professora, e tem um filho, com 12 anos...e é difícil, é difícil claro...”.

Apesar de identificar esta essência do fenómeno, creio que a solidão nas mulheres idosas viúvas está mais conectada com a perda da relação com o conjugue e suas funções do que com a ausência deste suporte, remetendo para a noção de solidão emocional de Weiss (1973, cit. Lopata, 1996).

Remetendo-nos agora para o 2º ponto de suporte, os sentimentos anteriormente referidos, são por vezes atenuados pelo apoio e companhia de outros elementos da família mais alargada, amigos e vizinhos. Estes recursos, apresentados mais adiante, são também promotores de comportamentos salútares no processo de luto, compartilhando por exemplo, actividades de prazer e distração voluntários com a idosa, como revisto por diversos autores (Benkel, et. al., 2009; Bennett & Bennett, 2001; Capraga, 2009; Doyle & Jeffrey, 2000; Elwert & Christakis, 2008; Gameiro, 1988; Kissane & Zaider, 2010; Lopata, 1996; Martín, 2009; Montorio, et al., 2006; Panke & Ferrel, 2010; Paúl, 1997; Petralanda, et. al., 1996; Pinazo, S., 2006; Subramanian et al., 2008; Wolf & Wortman, 2006):

N6 valoriza o apoio dos vizinhos: “ (...) *vizinhas também têm sido muito amigas, têm dado muitos apoios (...) as vizinhas, são muito boas, vêm sempre aqui ver-me, tem-me ajudado a passar isto (...) às vezes tou aqui triste e tocam a campainha, são as vizinhas, ou assim, já conversam comigo....*”

E N8 refere o impacto positivo que a amizade tem no seu actual bem-estar: “ (...) *tenho uma amiga que mora também ali por cima, às vezes telefona, “queres ir comigo a Lisboa?”, ainda ontem fui (...) O que me vale é isto (amiga E.) porque ela também é viúva, mas é uma pessoa com uma vida, com uma alegria de viver, que fala com toda a gente (...) esta minha amiga levanta-me a moral, tá sempre a rir (...) enquanto estou ao pé dela estou animada...”*”

Por fim, o terceiro ponto, envolve o facto de encontrar subjacente a variadas afirmações, a comparação social, neste caso, em forma de pensamento que é feito pela idosa quer em relação à avaliação que fazem do seu sofrimento quer em relação à sua vivência do luto.

Esta forma de comparação pode promover a relativização do seu sofrimento, por comparação com casos que a própria idosa considera piores, como faz N8: “ (...) *Ponho-me a pensar “Ela está pior que eu, perdeu um marido, mas também perdeu um filho”, que os filhos então é...nem quero, não quero que me ponham a prova...”*. Ou como no caso de N6, pode considerar que tem uma forma de vivência do luto mais sofrida: “ (...) *porque há pessoas que levam isto mais...passa mais, mas a mim tem-me custado muito...Há pessoas fortes. Também devem sofrer, ter a dor delas, não digo que não, mas parece que passa ao fim de uns meses. Eu não...já com a minha mãe foi assim...”*”

A visão dos outros como entidade cultural e social no seu sistema de regras e crenças comuns apresenta-se neste fenómeno relacionado com os rituais e com os comportamentos típicos de quem está a viver um processo de luto pelo conjugue, nomeadamente o vestir de “luto”/ negro ou não (aspectos do “*mourning*” na literatura inglesa, referidos por Barbosa, 2010). São exemplo as seguintes afirmações:

N2: “ (...) *vejo pessoas andar todas de preto e as vezes Deus sabe como elas se portam...”*”

N4: “(...) *Não sou uma pessoa que vou para a campa, arranjei o mais simples possível para que as pessoas não dissessem que eu não lhe ligava, porque eu já não é a ele que eu lhe fiz aquilo, é para os olhos dos outros...”*”

N9: “ (...) *Já não faz nada. É uma maneira de dizer aos outros que nos faltou alguém, mas eu acho que é que quando nasci já cá encontrei isto, a minha família é toda de luto...*”

2. Alteração de vida quotidiana: preocupação com questões práticas e instrumentais, burocráticas e financeiras

Este tema, engloba alguma exigência de mudança comportamental, assim como o surgimento de algumas preocupações (insegurança acrescida e stress acumulativo com a morte do marido) no seu luto. Para melhor compreensão da vivência, apresento-o em dois pontos distintos:

- As mulheres entrevistadas apontaram a necessidade de resolução de questões financeiras, relativas à sua segurança económica pós morte do marido, sendo que também houve necessidade de algumas resoluções burocráticas e jurídicas, nomeadamente o que diz respeito a rituais fúnebres e à legitimidade de recepção de pensão por viuvez.

A maioria das questões foi efectivamente solucionada resultando em bem-estar e tranquilidade para a idosa, mas existem situações em que a ansiedade está mantida, essencialmente por perda de possibilidade financeira, com o percurso da doença e no luto posteriormente como vários autores valorizam como preocupante na vida dos idosos, especialmente mulheres viúvas na terceira idade (Barbosa, 2010; Bennett, et. al., 2010; Bonanno et al., 2004; Gameiro, 1988; Hansson & Stroebe, 2007; Lopata, 1996; López Bravo, 2009; Paúl, 1997; Pinazo, 2006; Prigerson & Jacob, 2001; Subramanian, et. al., 2008; Utz, 2006; Wolf & Wortman, 2006). São exemplos:

N3: (...) *mas já passámos aqui fome (surdina). E fiquei com muita dívida em cima de mim, muita mesmo...*

N7: *Eu tive muitas voltas a dar, nas finanças, depois ainda por cima, tínhamos a campa (...) O meu marido também quis ser cremado (...) depois tive muitos problemas (...) as finanças, a campa, depois foram os cunhados, depois eram os herdeiros, olhe, tanta tanta tralha, e depois a primeira cartinha que eu recebi da segurança social (...)*

N8: *E agora tenho medo, porque tenho, a minha pensão é mínima, e a dele não é uma pensão fabulosa, mas dá bem, junto com a minha. Tudo bem que pago 70 e tal euros*

de renda de casa, mas agora estou com medo...agora com esta coisa da crise tou com medo, passar outra vez aquela coisa do senhorio me pôr na rua.

Estes factores de stress e fontes de insegurança, sentidos no processo de luto e de envelhecimento como ameaçadores, devem ser alvo de atenção precoce. Na atenção dada ao doente e família, cabe a avaliação de todas as dimensões que possam necessitar de algum apoio. Como já revisto, os aspectos social, prático e financeiro não devem ser descurado, sendo estes especialmente gravoso para a mulher idosa em situação de viuvez.

- As mulheres entrevistadas apontaram também, mudanças na vida prática quotidiana com exigência de novas aprendizagens e resoluções práticas anteriormente desconhecidas da idosa.

N2, partilha comigo que após um ano de viuvez: “ (...) cá vou indo, mal, muito mal...preocupada. Eu não tava habituada a fazer nada. Quando eu me levantava já aí tinha o pão e o leite e não sei quê. Depois mudou a minha vida toda. Que eu não gosto de me levantar cedo. Depois mudou a minha vida toda. Levantar para ir buscar pão... (...) água, luz, telefone, essas coisas todas, era ele que tratava de isso tudo. E eu estava descansada, agora não, sou eu que trato e a maior parte das vezes deixo passar os prazos...”

Estas mudanças enquadram-se na vivência, exigindo que a idosa mobilize os seus recursos de suporte familiar e não familiar e também os seus recursos pessoais. Parece, como resultado final, que foi possível dar resposta às exigências impostas e que estão actualmente mais adaptadas às tarefas (Benkel, et al. 2009; Bennett et al., 2010).

Não obstante, fica claro mais uma vez, que a ausência do marido traz sofrimento não só do ponto de vista da perda emocional, mas pela falta de resposta actual a necessidades práticas que deixaram de ser respondidas.

Na sua ausência, é a idosa que vai mobilizar este esforço, simultâneo e cumulativo à perda do marido e como Hansson & Stroebe (2007) nos apontam pelo Modelo de Processamento Dual, estas são as tarefas preferencialmente evitadas pelas dificuldades que trazem à mulher idosa. Valoriza-se assim, uma vez mais, quer o suporte familiar e a possibilidade de apoio que possa dar para a sua realização.

Da mesma forma, e a título preventivo, valorizo o trabalho que as equipas de saúde, no seu acompanhamento ao longo da doença possam fazer para promover as aprendizagens práticas necessárias no futuro. São exemplos os ensinamentos, a psicoeducação feita em contexto de domicílio por exemplo ou a inclusão desta população em programas de grupo onde seja feito este e outros tipos de apoio, conforme a sua necessidade (Bermejo & Santamaría, 2011; Gameiro, 1988; Hudson, et al., 2012; Worden, 2010).

VI. RECURSOS PESSOAIS

Reconhecimento das características pessoais como recursos de afrontamento da perda e perspectiva de futuro: personalidade, saúde e capacidades/vulnerabilidade, actividades, recursos espirituais e religiosos

As mulheres idosas apresentam frequentemente, como recursos que permitem (ou impedem) uma vivência saudável do seu luto, as suas próprias características de personalidade, factor previamente antecipado por diversos autores (Barbosa, 2010; Lopata, 1996; Parkes, 1998; Worden, 2010), no caso dos idosos especialmente sublinhado pela sua idiosincrasia e maior diferenciação, resultado da sua longa história e experiência de vida (Hansson & Stroebe, 2007):

Os seus recursos pessoais, nomeadamente a personalidade, podem ser valorizados pela própria mulher no processo de luto, como expressa N5: (...) *que grande mulher que eu tenho sido! Quando começo a fazer a análise da minha vida, do que tenho passado “Mas que grande mulher que eu tenho sido...”*, sendo que podemos assim considerar que o processo de luto, sendo vivido, pode contribuir positivamente para a percepção de auto-eficácia da mulher, contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e ter efeitos positivos no envelhecimento (Capraga, 2009; Gameiro, 1988; Hansson & Stroebe, 2007; López Bravo, 2009; Montorio et al., 2006).

Por outro lado, e como já exemplifiquei anteriormente, no caso de N8, com historial de depressão prévia, a própria identifica a doença como uma fragilidade no processo de luto, ainda que faça um balanço positivo na actualidade – aos 7 meses pós morte do marido:” (...) *então era uma depressão muito grande, tiveram de me fazer um tratamento durante muitos anos. Daí que eu agora estava com muito medo (com a morte do marido)*

... e estou sempre a cautela (...) para aquilo que eu estive dos meus nervos, tou-me a sair vitoriosa, tou-me a sair bem.”

Também a sua frágil saúde e crescentes incapacidades físicas ou cognitivas, largamente descritas (Hansson & Stroebe, 2007; Kane et al., 2005; Martín, 2009; Montorio et al., 2006; Parkes, 1998; Sheldon, 1998; Triadó, 2006; Worden, 2010), lhe comprometem o bem-estar actual e os seus pensamentos em relação à possibilidade de melhoria no processo de luto:

N8 descreve de forma clara que as suas incapacidades a impedem de aderir a alguns hábitos saudáveis, de nível físico e social que lhe permitiriam um maior bem-estar e uma vivência mais fácil do luto actual: “ (...) *Chego a casa muito cansada...porque eu senão, quando viessem os dias melhores tirava o passe, e passeava mais mas também não posso muito (...) ela (amiga) vai todos os dias fazer uma caminhada, e eu ia com ela se pudesse, mas não, não dá (...) Se eu tivesse mais um bocadinho de saúde, ia para aqui para ali, porque vontade tenho eu! De ultrapassar...as coisas más. E isto impede-me um bocado, porque sinto-me em baixo.”*

Outro exemplo é o de N9, em situação de grande isolamento social e com uma forte vontade de viver o seu luto e o seu envelhecimento de forma mais saudável: “ (...) *eu posso voltar ao meu trabalho, mas eu estou muito aflita das minhas pernas, é da coluna e então não sei...mas muito sinceramente eu gostava de ir. Porque o meu trabalho é lidar com o público, e eu sou muito...sou uma "gralha", falo muito. De maneira que sinto falta (...) é bom porque ao menos não me fecho aqui dentro. Porque eu tou aqui muito isolada.”*

Novamente refiro que, sendo esta vulnerabilidade um elemento limitativo (e com limitada capacidade de controlo por parte da mulher idosa), do bem-estar no processo de luto e na vivência do seu envelhecimento, surge-me como muito natural, o foco da idosa no futuro de forma transcendente, alternativa aparentemente mais acessível. Esta ideia conjuga-se perfeitamente com o pressuposto de Hansson & Stroebe (2007), que associam a maior vocação dos idosos para tarefas de conexão com a perda do que com tarefas de restauro, pelas dificuldades pessoais e das tarefas em si mesmas.

Além da saúde, são também referidas, ainda que de forma limitada, actividades pessoais, geralmente compartilhadas socialmente, com função de distracção que ajudam a idosa a ultrapassar o sofrimento actual (forma comportamental). *São exemplos:*

N6: “ (...) *Vou aí para o jardim, sempre ajuda a aliviar a cabeça...*” e N7: “(...) *estamos nós e uma senhora, no 2º e nós encontramos-nos, ela vem cá e eu vou lá, mas ela como tá sozinha, as vezes vem cá e encontramos-nos para beber um café ali na avenida...*”

Por oposição, existem casos de ausência de actividade, percebida como fonte de mal-estar e isolamento social, solidão e depressão, previstos como factores de risco no processo de luto da mulher idosa viúva (Benkel, et. al., 2009; Bennett, et. al., 2010; Bonanno, et al., 2004; Gameiro, 1988; Lopata, 1996; Lopéz Bravo, 2009; Martín, 2009; Paúl, 1997; Pinazo, 2006; Wolf & Wortman, 2006):

N5 exemplifica o seu afastamento de actividades e de contacto social desde que o marido faleceu: “ (...) *olhe que eu às vezes tenho estado aqui três quatro dias que nem a porta abro, porque não estou bem, porque também não me apetece...*”

Também N7 partilha o facto de se sentir isolada porque, após muitos anos de vida na mesma zona, se teve de mudar de casa no decorrer da doença do marido, para facilitar as deslocações. Reflecte que acabou por ficar sozinha sem o marido, mas também sem o meio envolvente, vizinhos e comunidade em geral, o que corresponde a uma grave perda cumulativa: “ (...) *Estou aqui já fez 2 anos, em Outubro, e pronto, sinto-me à mesma sozinha, porque não tenho aqui ninguém (...)*.”

N9 comenta também: “ (...) *E o meu entretenimento é a televisão. Estou aqui todo o dia, vejo televisão. É sentar aqui e aqui estou. As vezes choro e as vezes rio, mas não queria acabar os meus dias aqui, queria ir trabalhar que a gente a trabalhar é diferente, é mais saudável do que tar aqui em casa sem fazer nada...*”.

Em relação às actividades, há também alguns comportamentos, que correspondem a restrições auto impostas com um término previsto no tempo (por exemplo, após o 1º aniversário para as entrevistadas antes do 1º ano de luto, como apontam também Barbosa (2010) ou Bermejo (2007)), mas que ainda não foram quebrados na vivência do luto do marido. As entrevistadas N5 e N9 dão-nos variados exemplos:

N5: “ (...) *eu andei sempre com o meu marido, portanto quer dizer, eu não estava habituada a ir a lugar nenhum sem ele, ainda não fui a casa do meu filho, e não vou antes que faça um ano (...) pró ano a ver se vou (programa de televisão), se tiver um bocadinho de coragem vou (...) sou eu que imponho estas regras, a mim mesma, como as janelas também não as tenho aberto...*”

N9: “ (...) *eu fiquei muito abalada com a morte do meu marido. Muito mesmo. E sou-lhe muito franca, ainda não consigo fazer “Natais”, ainda nada, não consigo (...) Este ano (Natal 2012) tudo depende da maneira que me vou sentir (...) não saímos, isolamo-nos um*

bocado, então desde que o meu marido morreu, nem aquela janela abro (...) eu vou às vezes para tirar (vestir de negro), não é para tirar, para aliviar, mas ainda não consigo. Ainda não consigo...”.

Recordo, do estágio em Tres Cantos, o esforço contínuo da equipa, com dois casos em especial, de motivação para manutenção de actividades e contactos sociais, além das visitas à unidade, para visitas ao marido, como forma de preparação para o luto e mobilização dos recursos pessoais das idosas. Creio que esta é uma forma de trabalho efectiva de preparação para a perda e que pode prevenir as situações de isolamento descritas.

Por fim, neste conjunto de recursos pessoais, identificam-se as crenças pessoais, espiritualidade e religiosidade da mulher idosa que a suportam de forma positiva na vivência do luto (Bermejo, 2009; Bermejo & Santamaría, 2011; Brown, et al. 2006; Gameiro, 1988; Kubler-Ross & Kessler, 2010; McClement & Chochinov, 2010; Menéndez, 2006; Michael, et al., 2003, Panke & Ferrel, 2010; Petralanda et. al., 1996; Scott et al., 2003; Sheldon, 1998; Walsh et al., 2002; Wolf & Wortman, 2006). Estes aparecem na sua vivência sob a forma de:

- Esperança de reencontro transcendente com o marido, após a sua própria morte (crença de ressurreição e vida além da morte)
- Crenças que permitem aceitação da fatalidade da vida
- Esperança para ultrapassar o seu sofrimento actual

O primeiro aspecto já foi apresentado no ponto inicial de perspectiva futura de si e da relação de casal e os seguintes, serão explorados como essências distintas (no ponto seguinte) por não se restringirem a um recurso pessoal da idosa, mas surgirem apresentadas na sua vivência, como uma “filosofia” de relação muito própria com a vida e com o sofrimento do luto.

Neste ponto de recurso pessoal, ilustro apenas que de facto, a vivência da mulher idosa em luto tem presentes esta dimensão espiritual, tendencialmente relacionada com a religião, fé e crenças que aparece como fonte de conforto, consolo e acima de tudo de “força” para continuar a viver na ausência do falecido, não aparentando ter algum efeito nefasto no seu processo de luto e envelhecimento. Encontro, tal como tinha presente da minha anterior experiência, que estes eram recursos já pré existentes ao luto e variadas vezes compartilhados com o marido falecido. São exemplos claros:

N5: “ (...) *como tenho muita fé, sabe que eu também vou a igreja, vou rezar pelos meus ente queridos que partiram, vou à missa pela alma dele, todos os dias rezo, tenho muita fé em Deus, acho que ninguém nos pode dar mais do que Deus, só Deus nos pode dar uma ajuda quando nós precisamos e agarro-me a estas...as minhas convicções...*”

N6: “ (...) *Deus há-de ajudar-me a passar isto, tenho fé que sim...*”

N8: “ (...) *Sou crente, não ando sempre na Igreja, mas acredito muito em Deus. Peço muito “Tens que me dar força, eu sozinha não posso, sozinha não consigo”...*”

VII. RECURSOS ESPIRITUAIS E RELIGIOSOS

Aceitação/ resignação da fatalidade da vida e esperança no futuro

Com um forte cariz espiritual, mas também assumidamente religioso, são feitas manifestações que regulam o bem-estar das idosas face à perda e à sua perspectiva de futuro (pensamentos recorrentes de esperança de melhoria do seu estado actual e principalmente esperança de reencontro transcendente como o marido falecido, como explorado no início da presente discussão).

São também crenças (que reconheço como enraizadas culturalmente) que permitem aceitação ou pelo menos resignação, face ao sofrimento da vida e agora da perda do marido (Bermejo, 2009; Bermejo & Santamaría, 2011; Brown et al., 2006; Gameiro, 1988; Kubler-Ross, 2008; Kubler-Ross & Kessler, 2010; Worden, 2010).

Um exemplo simples e recorrente é expresso por N1: “ (...) *Mas Deus é que sabe...*” ou por N3: “ (...) *Deus também sofreu, a gente quando vem ao mundo é para sofrer, de maneira que é para sofrer. Até ir para o pé dele...*”, concluindo aqui novamente com a crença e esperança de reencontro transcendente, como valorizado por Bermejo (2007), Kubler-Ross & Kessler (2010) ou Neimeyer (2007) nos seus trabalhos.

Estas crenças parecem promover além disso, a atitude e pensamentos de necessidade de continuidade da vida da mulher idosa viúva para além da sua fatalidade (que é lida como fruto da vontade divina como já exemplifiquei com N1).

Assim, e tal como a literatura também revê para a população idosa, e Gameiro (1988) ilustrou no seu trabalho, a par do suporte familiar (reconhecendo as suas funções facilitadoras), esta parece ser a dimensão (considerando os recursos pessoais), que mais protectora é quer do processo de luto, quer do envelhecimento em si.

Uma das primeiras expressões (com algumas variantes, mas com o mesmo sentido), que mais cativaram a minha atenção, por não me ser familiar e aparecer nas entrevistas de forma tão repetida foi a expressão: *“Mal é de quem vai”* (N3), que indicava que a mulher idosa apesar do seu sofrimento, seguiria a sua vida e que a fatalidade tinha sido de facto para quem já não vivia, o seu marido. Esta expressão remeteu-me para a ideia de Freud, em 1917 (1981b), nas suas considerações sobre a morte e a guerra: *“Suportar a vida é e será sempre o dever primeiro de todos os sobreviventes (p.2117)”*.

Além do exemplo de N3, N2 também se expressa de forma muito clara finalizando a sua entrevista: *“ (...) A vida, olhe, sabe o que lhe digo. Pobre de quem morre. Morrer, morremos todos, mas de quem vai morrendo antes, não é? Quem cá ficar arranja-se sempre, isso é uma das coisas que eu digo sempre, de uma maneira ou de outra, quem cá fica arranja-se sempre. O pior é quando as pessoas morrem...”*.

Este ponto também enlaça com o como a mulher idosa revê o percurso de doença e encara a morte e o sofrimento do marido antes de falecer, ou seja, os seus pensamentos e práticas de cariz espiritual e religioso são também um recurso em relação ao impacto que o percurso de doença, fim de vida e morte podem ter no actual luto:

N7 diz-me: *“Talvez porque sou católica, praticante, e talvez seja isso que me ajuda muito.” E é a graças a Deus, que eu nunca me revoltei, nunca...e Deus queira que nunca me revolte, nunca me revoltei, aceito o que Deus me manda, se Deus entende que é assim (...) A gente tem de se conformar que é vida (chora). Tudo o que nasce, morre. Ninguém cá fica, nós vamos todos. Uns mais cedo e outros mais tarde...”*.

Já no processo de luto, os recursos espirituais da idosa também oferecem conforto através da crença de bem-estar do marido e continuação de protecção mútua do casal, numa dimensão transcendente. N5 ilustra este aspecto: *“ (...) eu sou uma pessoa de fé, eu tenho a minha fé, sei a quem me devo dirigir, nas minhas preces, nos meus pensamentos, e também sei que tenho lá alguém que me ajuda, alguém que ...é muito importante para mim, foi muito importante e continua a ser (...) mas sinto uma paz interior, primeiro por*

saber que o meu marido está ao pé de duas pessoas que o amaram muito (...) ele está muito contente, ai isso tenho, tenho a certeza que o meu marido está muito contente por estar ao pé dos meus pais...”

Também em relação à crença de protecção, surge outro aspecto bastante transversal à vivência destas mulheres, cuidadoras na doença do marido: sendo o marido ainda em vivo, é relatado o frequente pedido que faleça primeiro do que ela mesma (antes da própria doença se instalar, considerando a hipótese que um dos dois tivesse de falecer primeiro) e a resposta positiva que percepção pelo facto de o marido ter mesmo falecido primeiro é considerada uma dádiva. Este é um pensamento/ crença que a consola por sentir que o marido não continuou a viver em sofrimento e sem o seu apoio e protecção, quer na doença, quer na realização de tarefas para os quais não estava habituado (este tema é revisto por alguns autores em relação ao luto conjugal masculino na terceira idade, por exemplo com Lopata, 1996). São exemplos:

N2: “ (...) *pedi que a Deus que o levasse a minha frente, foi uma coisa que sempre pedi a Deus. Porque o meu marido sem mim... Deus fez-me a vontade, ele foi a minha frente...”*

N7: “ (...) *Um tem que ir a frente, e eu só pedia a Deus, “Meus Deus, não quero que o meu marido vá à minha frente, mas também não queria ir a frente dele” (...) O meu marido era um homem que não tinha jeito nenhum para nada (...) Quem é que tratava do meu marido? Os filhos não podem...”*

A modo de conclusão, esta é a essência que me parece mais expressiva da idiosincrasia da vivência do luto da mulher da terceira idade viúva, não só pelas fortes crenças e espiritualidade (tendencialmente religiosa), mas pelas suas várias tonalidades descritas. Questiono-me por exemplo se este recurso estará presente com estes traços nas mulheres mais jovens que passem por experiência de viuvez ou se, em alguns anos, encontramos na experiência das mulheres idosas viúvas, um traço tao marcado destes vários aspectos. Numa sociedade em mudança (principalmente no que diz respeito aos valores do casamento e das relações afectivas, da importância da fé e religião e do nível cultural e de educação que se tende a desenvolver), em que os idosos (e casais de idosos) de hoje, não têm as mesmas características que terão daqui a 20 ou 50 anos, o estudo dos diferentes cohortes geracionais parece-me de extrema importância para compreensão das vivências e resposta efectiva às suas necessidades.

Apesar da grande importância actual que dou a este estudo qualitativo para valorização da vivência do luto da mulher idosa que perde o conjugue no âmbito dos cuidados paliativos, haverá necessidade, de o repetir, em moldes próximos, em uma ou duas dezenas de anos e acredito que a realidade encontrada possa já expressar diferenças significativas, ao contrário do que me surgiu como “essências do fenómeno”, se comparar com o trabalho de Gameiro em 1988, e aparentemente tão actual.

Uma vez mais, valorizo o enlace de disciplinas como a Gerontologia e Geriatria na atenção clínica e prática em Cuidados Paliativos, por nos permitirem acompanhar a mudança e evolução nesta população específica e sempre tendencialmente necessitada de cuidados.

VI. CONCLUSÃO

Na presente investigação qualitativa do tipo fenomenológico, com o objectivo de explicitar a experiência de luto das mulheres de terceira idade cujos conjugues morrem no âmbito de cuidados paliativos e identificar sentimentos, pensamentos e comportamentos associados a essa mesma vivencia, consegui a partir da análise de entrevistas a nove mulheres idosas viúvas encontrar as “essências” do fenómeno em estudo.

Concluo, que esta vivência, apontada como holisticamente difícil e fonte de sofrimento, caracteriza-se por:

- 1. Sofrimento expresso em choro, tristeza, saudade e dor, perda de motivação, de sentido de vida, pessimismo, isolamento e solidão**
- 2. Reminiscência do casamento em relação a características, gostos, actividades e desejos do marido**
- 3. Reminiscência do casamento em relação à relação do casal, lamento pela perda presente e esperança num reencontro futuro transcendente**
- 4. Procura de proximidade, manutenção da relação com o falecido e promoção da sua continuidade para além da sua ausência**
- 5. Recordação da vivência do sofrimento desde diagnóstico de doença até à morte do conjugue e seus rituais**
- 6. Reflexão no papel de cuidadora acompanhando o marido até à morte**
- 7. A relevância atribuída aos cuidados das equipas de saúde e instituições ao longo da doença e na morte digna desejada**
- 8. Reminiscência da infância, historia pessoal e perdas/ lutos anteriores e contemporâneos à perda do conjugue**
- 9. A importância das relações na vivência do luto: suporte da familiar e não familiar**
- 10. Alteração de vida quotidiana: preocupação com questões práticas e instrumentais, burocráticas e financeiras**
- 11. Reconhecimento das características pessoais como recursos de afrontamento da perda e perspectiva de futuro: personalidade, saúde e capacidades/ vulnerabilidade, actividades, recursos espirituais e religiosos**
- 12. Aceitação/ resignação da fatalidade da vida e esperança no futuro**

Assim, de forma geral, identifico como sentimentos que caracterizam a vivência: a tristeza, a saudade e a dor e o choro como sua expressão predominante; outros de negrume, de tristeza intensa, abatimento, pessimismo, solidão, perda de motivação ou ânimo, que traduzem o sentimento geral de perda de sentido de vida.

A culpa ou remorso, assim como exaustão associados ao cuidar do marido, e a zanga e indignação para com os cuidados das equipas, opõe-se a sentimentos de bem-estar no recordar da relação, na tranquilidade e paz interior ou alívio pelo fim do sofrimento e conforto, gratidão e bem-estar em relação aos bons cuidados oferecidos.

Os sentimentos associados ao sofrimento surgem quer para com a perda do marido, como em relação às perdas precoces ou perda dos pais na idade adulta, novamente sentidos no processo de luto do conjugue.

Como pensamentos há essencialmente uma elaboração de significados, exercício de reminiscência e narrativa do vivido no passado e do conjugue falecido. Estes aspectos são centrais na experiência de entrevista e muito valorizado (e até idealizado) pela própria.

Este pensamento é continuado na crença de esperança futura de reencontro transcendente (pela sua crença na ressurreição) com o marido falecido.

A recordação aparece também associada a marcos temporais e datas especiais determinadas pela idosa em relação à história de vida e morte e no seu quotidiano relacionada com a “procura” da presença do marido de forma figurativa (fotografias, desejo de manter rotinas, valorização das cinzas ou ida a cemitério) ou mesmo ilusória, recorrendo a sonhos ou a percepção de ouvir vozes ou ver o falecido. Estão presentes também pensamentos evitativos de negação, contrapostos pela própria testagem de realidade e racionalidade da idosa.

Outra recordação recorrente e central em cuidados paliativos, é a recordação da vivência da doença desde diagnóstico até à morte, assim como a avaliação que fazem de si como cuidadoras e das equipas como competentes e valorizadas ou não nos cuidados prestados aos conjugues e a elas mesmas. Destes pensamentos resultam culpa, remorso, zanga, indignação, mas também alívio, satisfação, gratidão e conforto.

Identifico também, em contraste com esse momento passado e futuro, no momento presente, a falta de motivação, perda de sentido de vida, pessimismo, isolamento e solidão. Há um lamento pela perda da resposta às suas necessidades de segurança, relação, companhia, actividades sociais, afecto, segurança e atenção, etc., por comparação ao “futuro imaginado” junto do marido.

Há de qualquer forma, uma auto avaliação em relação ao seu estado que lhes permite avaliar as alterações de sono, peso e bem-estar em geral, da mesma forma que caracterizam alguma melhoria ao longo do processo, considerado inicialmente mais sofrido e com a expectativa de superar o sofrimento, mesmo não esquecendo o falecido marido.

Outro pensamento recorrente diz respeito ao recordar também a história de vida pessoal, desde a infância, recordando as perdas precoces nomeadamente dos pais como fonte de sofrimento acumulado, superior ao de perdas actuais, simultâneas à do marido.

A mulher idosa parece também valorizar o suporte familiar (e não familiar) que tem, quer para partilha do sofrimento e valorização do falecido, quer como fonte de afecto, distração (também percepcionado como nefasto), resolução de questões práticas e instrumentais (fontes de preocupação e percepcionadas como dificuldades). Não obstante, percepciona que a família está pouco disponível para a sua necessidade de reminiscência e elaboração de significado da perda do conjuge e reencontro do seu sentido de vida. A família também aparece como sobrecarga, como ausente, fomentando a solidão.

Outro pensamento recorrente diz respeito à comparação crítica que a idosa faz com o luto dos outros e como a forma como o seu luto é visto pelos outros (contexto social).

Está presente também uma preocupação subjacente à alteração de vida com a morte do marido que diz respeito às exigências económicas (por vezes com medo e insegurança) e instrumentais, com imposição de novas tarefas para as quais a idosa se tem de adaptar, mas também com uma valorização das suas competências na superação.

A idosa identifica a sua fragilidade, nomeadamente de saúde, mas também valoriza a sua própria personalidade e as crenças pessoais, espiritualidade e religiosidade que a suportam de forma muito positiva na vivência do luto, permitindo a aceitação/ resignação da fatalidade da vida e esperança no futuro.

Na dimensão comportamental, encontramos em sintonia com os sentimentos e pensamentos identificados:

Por um lado, a não realização de actividades (prazerosas, laborais ou distractoras), por falta de motivação ou saúde, ou restrição pessoal imposta no luto, por outro, pelo isolamento social em que se encontram.

A sua acção, também centrada na relação com o marido, expressa-se na procura de contacto com o mesmo, podendo expressar-se em tocar e falar para as fotografias, ir ao cemitério para “estar perto dele”, contactar com locais e manter espaços da casa associados ao falecido, ou recorrer às suas práticas religiosas (como ir à missa) ou por outro lado, os comportamentos também podem ser de afastamento/ evitamento da evidência da morte ou do sofrimento anteriormente vivido na doença.

Em relação ao suporte social, por oposição ao isolamento sentido, há procura de contacto com estes, ainda que preservem a sua vivência individual de luto: partilham actividades, saem de casa, conversam, quer com família, quer com amigos e vizinhos.

Em conformidade com os seus pensamentos e sentimentos, a idosa também se comporta no seu luto, em maior ou menor acordo com o que entende que o contexto social espera de si: são referidos comportamentos de auto-restricção, as idas ao cemitério, o vestir de negro como expressão de luto.

Na experiência de luto também foi confrontada com mudanças quotidianas que provocaram uma mudança comportamental para resposta a tarefas práticas, resolução de problemas, nomeadamente financeiros e burocráticos, o que implicou novas aprendizagens.

As vivências encontradas parecem assim coincidir em vários aspectos com o que está descritos nos estudos actuais do luto nos idosos, particularmente na perda de conjugue por parte da mulher idosa, ainda que a maior parte da literatura se insira em revisões de gerontologia e não em cuidados paliativos, (âmbito em que me desejo posicionar na conclusão), reconhecendo assim, a maior limitação do presente trabalho: a revisão teórica em que se baseia a compreensão das essências encontradas e que permitem a presente conclusão, está sempre associada apenas parcialmente à vivência

estudada. Ou seja, ou recorri a estudos de âmbito de cuidados paliativos, nomeadamente na área do luto, ou recorri a evidência da área da gerontologia e geriatria que contextualiza a vivência do idoso, sendo que a vivência da mulher idosa em luto é raramente descrita e menos ainda em cuidados paliativos.

Ainda assim, de forma positiva, sublinho em especial a visão de Hansson & Strobe (2007), até pela confluência de teorias e actualidade, pela leitura do Modelo de Processamento Dual em relação à pessoa idosa no luto, identificando uma questão chave na minha conclusão: a orientação para a perda, a sua capacidade, necessidade e tendência a elaborar, narrar e recordar as vivências.

Por outro lado, também valorizam o suporte social e os recursos emocionais e espirituais dos idosos, algo coincidente com a vivência aqui encontrada.

Além do referido, o fenómeno descrito na presente investigação, também aparece como semelhante ao preconizado por Gameiro, na realidade portuguesa da viuvez, em 1988: novamente, a importância do suporte, da actividade de reminiscência e a espiritualidade, que me parecem coincidir especialmente (e de acordo com Hansson & Stroebe, 2007) com a idiossincrasia da pessoa idosa, nomeadamente feminina.

Sendo na actualidade, ainda que apenas restrita ao fenómeno estudado, os aspectos encontrados semelhantes ao que foram descritos nos anos 80-90, e dadas as mudanças sociais a decorrer em todos os níveis, creio que será de grande interesse, repetir um estudo qualitativo como este dentro de algumas décadas, com intenção de se actualizar a visão da vivência de novas gerações de idosos.

O actual e futuro interesse nesta compreensão, e retomando o interesse específico em cuidados paliativos, diz respeito ao aspecto central de resposta preventiva, efectiva e holística às necessidades desta população, cuidadora e familiar do doente.

Um dos maiores contributos desta investigação para a área, além de evidenciar, como é feita esta vivência e de sublinhar alguns dos recursos e dificuldades desta população específica, é também, o facto de evidenciar que os cuidados prestados pelas equipas têm efectivo impacto na qualidade do processo de luto.

Desta forma, a par de outros estudos que têm vindo a ser realizados nas equipas que trabalham com doentes e famílias, e que sublinham a necessidade de formação,

recursos e medidas organizativas que potenciem a sua resposta, nomeadamente na comunidade e especificamente no domicílio, sublinho, que também neste estudo, com esta amostra específica, a sua vivência, diz-nos que sentiram o conforto dos bons cuidados quando os tiveram ou o impacto da zanga e indignação, culpa ou remorso, quando estes cuidados não estiveram presentes.

O gosto expresso pela participação, na partilha de sentimentos e elaborada narrativa ao longo das entrevistas também me indicam que acompanhamentos no processo de luto oferecem benefício, principalmente nos casos em que o restante suporte social não está disponível. Sublinho o exemplo dos grupos que tive oportunidade de conhecer em Tres Cantos, na unidade de cuidados paliativos, ou a visita de luto preconizada já actualmente por algumas equipas de cuidados domiciliários.

Retomo assim a ideia de que o luto das mulheres de terceira idade no contexto de Cuidados Paliativos exige uma leitura holística por parte de todos os profissionais de saúde, desde o diagnóstico da doença dos conjugues até depois de este falecer, ao longo do seu luto, conforme as necessidades e recursos detectados. Acredito que o seu acompanhamento, contribuirá não só para prevenir lutos patológicos, como para contribuir para um envelhecimento saudável, foco da Gerontologia e Geriatria, áreas de desejável envolvimento dos Cuidados Paliativos para uma vida e morte cada vez mais digna.

Finalizo, sugerindo para continuidade do estudo do tema, que se prossiga no estudo da população idosa no âmbito de cuidados paliativos. Os estudos, que poderão ser qualitativos ou quantitativos deverão apontar no sentido de responder às necessidades daqueles que são já 20% da população portuguesa e que apresentam, pela vulnerabilidade de envelhecimento, grande probabilidade de necessitarem de cuidados paliativos. Especificamente seria de interesse compreender a vivência, além da zona de Lisboa, considerando por exemplo meio rural e urbano, assim como compreender a vivência masculina do luto conjugal, porque ainda que menor, este existe e terá a sua especificidade.

Outra área excluída deste estudo, apenas porque não foi identificado e reencaminhado nenhum caso por parte das instituições (mas que corresponde a uma

limitação), e que será interessante de estudar, será o da vivência do luto nos idosos que, ao invés de estarem nas suas casas, ou de familiares por livre vontade, são institucionalizados.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbagnano, N. (2001). Fenomenologia. In: *História da Filosofia*. Vol. 12. p. 7-44. Lisboa: Editorial Presença
2. Ariès, P. (2010). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema (obra original publicada em 1975)
3. Ariès, P. (2011). *El Hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus (obra original publicada em 1977)
4. Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. & Bayés, R. (2005). *Intervención emocional en cuidados paliativos - modelo y protocolos*. 2ª edición. Barcelona: Ariel
5. Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006a). Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos - Recomendações da ANCP
6. Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006b). Organização de serviços em Cuidados Paliativos - Recomendações da ANCP
7. Astudillo W. & Mendinueta C. (2008). Métodos no farmacológicos para promover el bienestar del enfermo terminal. In: Alarcón, W. A., Aguirre, C. M. & Alarcón, E. A. (Coords.) *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. Cap. 30. P. 405-416. Navarra: EUNSA
8. Astudillo W., Mendinueta C. & Batiz, J. (2008a). Bases para el cuidado paliativo en el anciano. In: Alarcón, W. A., Aguirre, C. M. & Alarcón, E. A. (Coords.) *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. Cap. 39. P. 515-532. Navarra: EUNSA

9. Astudillo W., Pérez, M. & Mendinueta C. (2008b). Acompañamiento en el proceso del duelo. In: Alarcón, W. A., Aguirre, C. M. & Alarcón, E. A. (Coords.) *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. Cap. 35. P. 461-478. Navarra: EUNSA
10. Baile, W. F., Buckman, R, Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka A. P. (2000). SPIKES - A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. In: *The Oncologist*. 5, 302-311
11. Barbosa, A. (2010). Processo de Luto. In: I. G. Neto, & A. Barbosa (Coords.) *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Cap. 28. p. 487-532. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/ Centro de Bioética – Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa
12. Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70 (obra original publicada em 1977)
13. Benkel, I, Wijk, H. & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. In: *Palliative Medicine*; 23, p. 141–149
14. Bennett, G. & Bennett, K. M., (2000). The presence of the dead: an empirical study. In: *Mortality*, 5 (2), p.139-157
15. Bennett, K. M. & Bennett, G. (2001). “And there’s always this great hole inside that hurts”: an empirical study of bereavement in later life. In: *OMEGA*, Vol. 42(3) 237-251
16. Bennett, K. M. & Vidal-Hall, S. (2000). Narratives of death: a qualitative study of widowhood in later life. In: *Ageing and Society*. 20, p. 413-428.

17. Bennett, K. M., Hughes, G. M. & Smith, P. T. (2005a). Psychological response to later life widowhood: coping and the effects of gender. In: *Omega*, Vol. 51(1), p. 33-52
18. Bennett, K. M., Smith, P. T. & Hughes, G. M. (2005b). Coping, depressive feelings and gender differences in late life widowhood. In: *Aging & Mental Health*, 9(4). p. 348–353
19. Bennett, K. M., Stenhoff, A., Pattinson, J. & Woods, F. (2010). “Well If He Could See Me Now”: The Facilitators and Barriers to the Promotion of Instrumental Independence Following Spousal Bereavement. In: *Journal of Gerontological Social Work*, 53, p. 215–234
20. Bermejo, J.C. & Sánchez-Sánchez, E. (n.d.). *Grupos de ayuda mutua en el duelo: eficacia y perspectivas*. (recuperado em 6 de junho 2012 de <http://www.humanizar.es>)
21. Bermejo, J.C. (2003). Acompañar en el duelo. In: Bermejo, J. C. (Ed.). *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo*. 2ª edición. Cap. 7. p. 175-200. Madrid: San Pablo
22. Bermejo, J. C. (2007). *Estoy en duelo*. 5ª edición. Madrid: Centro de Humanizacion de la salud
23. Bermejo, J. C. (2009). *Asistencia espiritual en cuidados paliativos*. Maliaño: Editorial Sal Terrae

24. Bermejo, J.C. (2011). *Introducción al conselling (relación de ayuda)*. Maliaño: Editorial Sal terrae
25. Bermejo, J.C. & Santamaria, C. (2011). *El Duelo. Luces en la oscuridad*. Madrid: La esfera de los libros.
26. Bermejo, J.C., Villacieros, M., Carabias, R., Sánchez, S. & Díaz-Albo B. (2012). Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. In: *Medicina Paliativa*
27. Bidarra, A. (2012). O Cuidador e o doente com dor crónica oncológica. In: Barbosa, A. (Coord.). *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. Cap. 4. P. 61-80. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
28. Bowlby, J. (1998). Loss of spouse. In: *Attachment and loss. Loss. Sadness and depression*. Vol. 3. Cap. 6 p. 81-111. London: Pimlico (obra original publicada em 1980)
29. Bonanno, G, Moskowitz, J., Papa A. & Folkman, S. (2005). Resilience to Loss in Bereaved Spouses, Bereaved Parents and Bereaved Gay Men. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 88 (5), p. 827–843
30. Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. In: *Psychology and Aging*, 19 (2), p. 260–271
31. Brown, S., House, J. & Smith, D. (2006). Interpersonal and spiritual connections among bereaved older adults. In: Carr, D.; Nesse, R. & Wortman, C. (Ed.). *Spousal*

bereavement in late life. Cap. 6. P.143-166. New York: Springer Publishing Company

32. Capelas, M. L. (2009). Cuidados Paliativos: Uma proposta para Portugal. In: *Cadernos de Saúde*. 2 (1). P. 51-57
33. Capelas, M. L. & Neto, I. (2010). Organização de serviços. In: I. G. Neto, & A. Barbosa (Coords.) *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Cap.38. p. 785-814. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/ Centro de Bioética – Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa
34. Capranga, M., (2009). La promoción del envejecimiento activo. In: Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) *Psicología de la Vejez. Una psicogerontología aplicada*. Cap. 12. Pag. 337-361. Madrid: ediciones Pirámide
35. Carr, D., House, H., Kessler, R. Nesse, R., Sonnega, J. & Wortman, C. (2000). Marital Quality and Psychological Adjustment to Widowhood among Older Adults: A Longitudinal analyses. In: *Journal of Gerontology: Social sciences*. Vol. 55B (4), p.197–207.
36. Carr, D. (2006). The future of Late Life spousal bereavement. In: Carr, D.; Nesse, R. & Wortman, C. (Ed.). *Spousal bereavement in late life*. Cap. 12. P. 313-323. New York: Springer Publishing Company
37. Carr, D., Wortman, C. & Wolf, K. (2006). How older Americans die today: Implications for surviving spouses. In: Carr, D.; Nesse, R. & Wortman, C. (Ed.). *Spousal bereavement in late life*. Cap. 3. P. 49-78. New York: Springer Publishing Company

38. Carvalho, S. & Botelho, M.A. (2011). Os Cuidados Paliativos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários: As intervenções dos enfermeiros. In: *Pensar Enfermagem*. 15(1), p. 2-24
39. Cerqueira, M. (2012). O cuidador e o doente paliativo no Alto Minho: Necessidades/dificuldades dos cuidadores no domicílio. In: Barbosa, A. (Coord.). *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. Cap. 9. P. 169-188. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
40. Chochinov, H. M. (2002). Dignity - conserving care - a new model for palliative care. Helping the patient feel valued. In: *JAMA*, 287 (17), p. 2253-2260
41. Chochinov, H. M. (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. In: *Cancer Journal for clinicians*, 56, p.84-103
42. Christakis N. (2004). Social networks and collateral health effects. Have been ignored in medical care and clinical trials, but need to be studied. In: *BMJ*, 328, p. 184-185
43. Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). Measuring meaning: searching for and making sense of spousal loss in later life. In: *Death Studies*, 34 (9), p. 804-834
44. Conde, J.L. & Jarne, A. (2006). Trastornos mentales en la vejez. In: Villar, F. & Triadó, C. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Cap. 12. Pág. 341-.364 Madrid: Alianza editorial
45. Davies, E. & Higginson, I. J. (2004a). *Better Palliative Care for older people*. Copenhagen: WHO Europe

46. Davies, E. & Higginson, I. J. (2004b). *The solid facts Palliative Care*. Copenhagen: WHO Europe
47. Detering, K., Hancock, A., Reade, M. & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. In: *BMJ*, 340, p.1345-1353
48. Direcção Geral de Saúde, (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Circular Normativa nº14/ DGCG. Ministério da Saúde
49. Doyle, D. & Jeffrey, D. (2000). *Palliative Care in the home*. New York: Oxford University Press
50. Elwert, F. & Christakis N. (2008). Variation in the Effect of Widowhood on Mortality by the Causes of Death of Both Spouses. In: *American Journal of Public Health*, 98 (11), p. 2092-2105
51. Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U. & Vaupel, J. (2004). Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. In: *Age and Ageing*; 33, p. 378–383
52. European Association for Palliative Care (2004). *A Guide for the development of palliative nurse education in Europe*. EAPC: Milano
53. European Association for Palliative Care (2007). *Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education*. EAPC: Milano
54. Félix da Costa, N. & Colaço Maltez, J. (2002). Depressão. In: Dias Cordeiro, J. (Org.). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Cap. 4.7. p. 559-594

55. Fernandes, L. (2006). Psicoterapias no Idoso. In: Horácio, F. (Editor). *Psicogeriatría*. Cap. 11, p. 133 -154. Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica
56. Fernández-Ballesteros, R., Reig Ferrer, A. & Zamarrón Casinello, M. D. (2009). Evaluación en psicogerontología. In: Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) *Psicología de la Vejez. Una psicogerontología aplicada*. Cap. 2. Pag.35-96. Madrid: ediciones Pirámide
57. Ferraz Gonçalves, J. (2009). *A Boa morte. Ética no fim de vida*. Lisboa: Coisas de ler
58. Ferreira, M. F. (2009). Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família/cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. In: *Cadernos de Saúde*. 2 (1). P. 67-88
59. Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi
60. Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi
61. Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência
62. Freud, S. (1981a). Duelo y melancolía. In: *Obras completas de Sigmund Freud. Tomo II (1905-1015 [1917])*. Cap. XCIII. p. 2091-2100. Madrid: Biblioteca Nueva Editorial
63. Freud, S. (1981b). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. In: *Obras completas de Sigmund Freud. Tomo II (1905-1015 [1917])*. Cap. XCIV. p.2101-2117. Madrid: Biblioteca Nueva Editorial

64. Gameiro, A. (1988). *Novos horizontes da viuvez. – Crise, Acompanhamento, Psicologia, Novo Projecto e Pastoral*. Lisboa: Edições Paulistas
65. Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século
66. Gómez-Batiste, X., Porta, J., Tuca, A. & Stjernward J. (2005). *Organización de servicios y Programas de Cuidados Paliativos*. Madrid: Aran
67. Gómez Sancho, M. (2006). *Cómo dar las malas noticias en Medicina*. 3ª Edición. Madrid: Arán.
68. Gonçalves, D., Albuquerque, P. & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. In: *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), p. 101-110.
69. Guarda, H.; Galvão, C. & Gonçalves, M.J. (2010). Apoio à família. In I. G. Neto, & A. Barbosa (Coords.) *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Cap. 35. p. 749-760. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/ Centro de Bioética – Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa
70. Hansson, R. & Stroebe, M. (2007). *Bereavement in late life: coping, adaptation, and developmental influences*. Washington DC: American Psychological Association
71. Harlow, S., Goldberg, E. & Comstock, G. (1991). A Longitudinal Study of the Prevalence of Depressive Symptomatology in Elderly Widowed and Married Women. In: *Archive of Gender Psychiatry*, 48, p. 1065-1068
72. Herbet, R., Prigerson, H., Schulz, R. & Arnold, R. (2006). Preparing Caregivers for the Death of a Loved One: A Theoretical Framework and Suggestions for Future Research, In: *Journal of Palliative Medicine*, 9 (5), p.1164-1171

73. Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa Qualitativa e pesquisa fenomenológica. In: *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), p. 363-372
74. Hudson, et al. (2012). Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. In: *Journal of Palliative Medicine*. 15(6), p. 696-702
75. Husserl, E. (2008). *A ideia da fenomenologia*. Lisboa: Edições 70
76. Instituto Nacional de Estatística (2011a). *Censos 2011 – resultados provisórios*. Lisboa: INE
77. Instituto Nacional de Estatística (2011b). *Destaque. Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos*. Lisboa: INE
78. Iñiguez Martinez, J. (2009). Evaluación e intervención psicogerontológica de los trastornos depresivos. In: Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) *Psicología de la Vejez. Una psicogerontología aplicada*. Cap. 5. Pag. 137-155. Madrid: ediciones Pirámide
79. Kane, R., Ouslander, J. & Abrass, I. (2005). *Geriatría clinica*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Lda. (obra original publicada em 1984)
80. Kissane, W. D. & Zaider, T. (2010). Bereavement. In: Hanks, G., Cherny, N., Christakis, N., Fallon, M., Kaasa, S. & Portenoy, R. (Coord.). *Oxford Textbook of Palliative Care*. 4th edition. P. 1483-1501. Oxford: Oxford university press

81. Kubler-Ross, E. (2008). *Acolher a morte. On death and dying*. Cruz Quebrada: Estrela Polar (obra original publicada em 1969)
82. Kubler-Ross, E. & Kessler, D. (2010). *Sobre el duelo y el dolor*. 4ª Edición. Barcelona: Luciérnaga
83. Lopata, H. (1996). *Current Widowhood. Miths and realities*. California: SAGE Publications
84. López Bravo, M. D. (2009). Asesoramiento Gerontológico. In: Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) *Psicología de la Vejez. Una psicogerontología aplicada*. Cap. 3. Pag.97-113. Madrid: ediciones Pirámide
85. Loureiro, L. (2002). Orientações Teórico-metodológicas para aplicação do Método Fenomenológico na Investigação em Enfermagem. In: *Revista Referência*. n. °8. p.5-16
86. Loureiro, L. (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. In: *Revista Referência*. II.ª Série - n.º2. P.21-32
87. Lourenço Marques, A., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M. L., Tavares, M. & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. In: *Patient Care*, p. 32-38.
88. Lourenço, O. (1997). *Psicologia do desenvolvimento cognitivo. Teoria, dados e implicações*. Coimbra: Almedina editora.

89. Luoma, J. B & Pearson, J. L., (2002). Suicide and Marital Status in the United States, 1991–1996: Is Widowhood a Risk Factor? In: *American Journal of Public Health*. 92 (9), p.1518-1522
90. Maciejewski P. K., Zhang B., Block S. D. & Prigerson, H. G. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. In: *JAMA*. 297 (7), p. 716-723
91. Madureira, M. (2012). Cuidar do cuidador informal da pessoa em situação terminal. In: Barbosa, A. (Coord.). *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. Cap. 8. P. 147-168. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
92. Marques, L. & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In: Firmino H. (Coord.). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica
93. Márquez González, M. & Losada Baltar, A. (2009). Evaluación e intervención en el ámbito del cuidado informal. In: Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) *Psicología de la Vejez. Una psicogerontología aplicada*. Cap. 9. Pag. 251-279. Madrid: ediciones Pirámide
94. Martín-Carrasco, et al., M. (2011). Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano. In: *Actas Españolas de Psiquiatria*. 39(1), p. 20-31
95. Martín, M. R. (2009). La soledad en el anciano. In: *Gerokomos*, 20 (4), p. 159-166
96. McClement S. & Chochinov, H.M. (2010). Spiritual issues in palliative medicine. In: Hanks, G., Cherny, N., Christakis, N., Fallon, M., Kaasa, S. & Portenoy, R. *Oxford Textbook of Palliative Care*. 4th edition. P. 1403-1409. Oxford: Oxford university press

97. McClement, S., Chochinov, H.M., Hack T., Hassard T., Kristjanson L.J. & Harlos M. (2007). Dignity therapy: family member perspectives. In: *Journal of Palliative Care*. 10(5):1076-1082.
98. Mehraban Pienta, A. & Franks, M. (2006). A closer look at health and widowhood do health behaviors change after the loss of a spouse? In: Carr, D.; Nesse, R. & Wortman, C. (Ed.). *Spousal bereavement in late life*. Cap. 5. P. 117-142. New York: Springer Publishing Company
99. Menéndez, C. (2006). Muerte, duelo y atención psicológica a enfermos terminales ancianos. In: Villar, F. & Triadó, C. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Cap. 11. Pág. 311-337. Madrid: Alianza editorial
100. Michael, S. T., Crowther, M. R. Schmid, B. & Allen, R. S. (2003). Widowhood and Spirituality: Coping Responses to Bereavement. In: *Journal of Women & Aging*, 15 (2,3). P.145 – 165
101. Montorio, I., Izal, M. & Pérez, G. (2006). Salud, conducta y vejez. In: Villar, F. & Triadó, C. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Cap. 3. Pág. 87-109. Madrid: Alianza editorial
102. Moreno, S. E. (2008). Cap. 10: La investigación cualitativa en la investigación en salud. Fundamentos y rigor científico. In: *Curso de Introducción a la Investigación Avanzada*; 34(2):75-79. Madrid: SEMERGEN
103. Neimeyer, R. (2006). Widowhood, grief and the quest of meaning: A narrative perspective on resilience. In: Carr, D.; Nesse, R. & Wortman, C. (Ed.). *Spousal bereavement in late life*. Cap. 9. P. 227-252. New York: Springer Publishing Company

104. Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
105. Neimeyer, R., Baldwin, S. & Gillies, J. (2006). Continuing Bonds and Reconstructing Meaning: Mitigating Complications in Bereavement, In: *Death Studies*, 30 (8), p. 715-738
106. Neto I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. In: *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19, p. 68-74
107. Neto I. G. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In I. G. Neto, & A. Barbosa (Coords.) *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Cap. 1. p. 1-42. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/ Centro de Bioética – Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa
108. Neto, I. G. & Trindade, N. (2007). Family meetings as a means of support for patients. In: *European Journal of Palliative Care*. 14(3). P. 105-108
109. Neves, S. (2012). Impacto no cuidador principal do cuidado ao doente paliativo no domicílio. In: Barbosa, A. (Coord.). *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. Cap. 6. P. 105-128. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
110. Panke, J. T. & Ferrell, B. R. (2010). The family perspective. In: Hanks, G., Cherny, N., Christakis, N., Fallon, M., Kaasa, S. & Portenoy, R. (Coord.). *Oxford Textbook of Palliative Care*. 4th edition. P. 1437-1444. Oxford: Oxford university press

111. Parkes, C. M. (1998). *Bereavement. Studies of grief in adult life*. London: Penguin books (obra original publicada em 1972).
112. Parkes, C. M., Laungani, P. & Young, B. (2003). *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi (obra original publicada em 1997)
113. Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e o meio ambiente*. Coimbra: Almedina
114. Payás, A. (2007). Intervención grupal en duelo. In: *Duelo en oncología. Sociedad Española de Oncología médica*. P.169-182.
115. Payás A. (2010). *Las tareas del duelo Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós
116. Petralanda V. L, Manzano T., Aedo C., Inda, G. & García-García J.A. (1996). El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. In: *Atención Primaria*.18 (9). P.475-479.
117. Pinazo, S. (2006). Relaciones Sociales. In: Villar, F. & Triadó, C. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Cap. 9. Pág.253-286. Madrid: Alianza editorial
118. Pio Abreu, J. L. (2002). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
119. Prigerson H. & Jacob, S. (2001). Caring of bereaved patients: "All the doctors just suddendly go". In: *JAMA*, 286, (11), p.1369-137

120. Queiroz, A.A., Meireles, M.A. & Cunha, S.R. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência
121. Relvas, A.P. (2002). A mulher na família: “em torno dela” In: Relvas, A.P. & Alarcão, M. (Coords.). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto.
122. Relvas, A. P. (2004). *O Ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. 3ª edição. Porto: edições Afrontamento (obra original publicada em 1996).
123. Richardson, V. (2006). Implications for Public Policies and Social Services: What social workers and other Gerontology practioners can learn from the CLOC Study. In: Carr, D.; Nesse, R. & Wortman, C. (Ed.). *Spousal bereavement in late life*. Cap. 11. P. 279-312. New York: Springer Publishing Company
124. Rushing, D. (2005). Physical, Psychological, and Spiritual Transformation at Life's End: Toward a Theory of Convergence. In: *The Journal of Supportive Oncology*. V. 3, Number 6. p. 439-443
125. Sánchez-Sánchez, E. (2001). *La relación de ayuda en el duelo*. Maliaño: Editorial Sal terrae
126. Sapeta, P. & Lopes, M. (2007) Cuidar em fim de vida: factores que interferem com a interacção enfermeiro - doente. In: *Referência IIª Série nº4*, p. 35-60
127. Sartori, A. & Zilberman, M. (2009). Revisitando o conceito de síndrome de ninho vazio. In: *Revista de Psiquiatria clínica*. 36(3), p. 112-121

128. Schulz R. & Beach S. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality. The Caregiver Health Effects Study. In: *JAMA*, 282, p. 2215-2219
129. Schut, H. & Stroebe, M. (2005). Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement. In: *Journal of Palliative Medicine*, 8 (1), p. 140-147
130. Scott, M., Crowther, M., Schmid, B. & Allen, R. (2003). Widowhood and spirituality: coping responses to bereavement. In: *Journal of women & aging*, 15, p. 145-165.
131. Serrão, D. (1998). Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. In: Serrão, D. & Nunes, R. (Coord.). *Ética em cuidados de saúde*. Cap. 5. P. 81-92. Porto: Porto editora
132. Sheldon, F. (1997). *Psychosocial Palliative Care. Good practice in the care of the dying and bereaved*. Cheltenham: Stanley Thornes
133. Sheldon, F. (1998). Bereavement. ABC of Palliative Care. In: *BMJ*. 316. P.456-458
134. Silverman, P. (2005). *Widow-to-Widow. How the bereaved help one another*. 2nd edition. New York: Brunner-Routledge
135. Streubert, J.H. & Carpenter, R.D. (1999). *Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. 2^a edição. Loures: Lusociência
136. Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual Process Model of coping with bereavement: rationale and description. In: *Death studies*, 23(3), p.197-224

137. Stroebe, M., Stroebe, W. & Schut (2005). Attachment in coping with bereavement: a theoretical integration. In: *Review of General Psychology*, 9, p.48-66
138. Subramanian, S. V., Elwert, F. & Christakis N. (2008). Widowhood and mortality among the elderly: The modifying role of neighbourhood concentration of widowed individuals. In: *Social Science Medicine*; 66(4), p. 873–884.
139. Tavares, F. (2010). Prognóstico em Cuidados Paliativos. In I. G. Neto, & A. Barbosa (Coords.) *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Cap. 2. P.43-60. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/ Centro de Bioética – Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa
140. Triadó, C. (2006). Cambios físicos en el envejecimiento. In: Villar, F. & Triadó, C. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Cap. 2. Pág. 65-86. Madrid: Alianza editorial
141. Turvey, C., Carney, C., Arndt, S. Wallace, R. & Herzog, R. (1999). Conjugal Loss and Syndromal Depression in a Sample of Elders Aged 70 Years or Older. In: *American Journal of Psychiatry*; 156, p. 1596–1601
142. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi
143. Utz, R. (2006). Economic and practical adjustments to late life spousal loss. In: Carr, D.; Nesse, R. & Wortman, C. (Ed.). *Spousal bereavement in late life*. Cap. 7. P. 167-192. New York: Springer Publishing Company
144. Villar, F. & Triadó, C. (2006a). La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos. In: Villar, F. & Triadó, C. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Cap. 1. Pág. 23-62 Madrid: Alianza editorial

145. Villar, F. & Triadó, C. (2006b). Personalidad y cambio psicosocial. In: Villar, F. & Triadó, C. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Cap. 7. Pág. 193-230. Madrid: Alianza editorial
146. Villar, F. (2006). Inteligencia y sabiduría. In: Villar, F. & Triadó, C. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Cap. 5. Pág. 141-168. Madrid: Alianza editorial
147. Walsh, K., King, M., Jones L., Tookman A. & Blizard R. (2002). Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. In: *BMJ*; 324; 1551-1555.
148. Wolf, K. & Wortman, C. (2006). Psychological consequences of Spousal loss among older adults: understanding the diversity of responses. In: Carr, D.; Nesse, R. & Wortman, C. (Ed.). *Spousal bereavement in late life*. Cap. 4. P. 81-116. New York: Springer Publishing Company
149. Worden, J. W. (2010). *Grief Counselling and Grief Therapy. A Handbook for the mental health practitioner*. 4th edition. UK, East Sussex: Routledge (obra original publicada em 1983)
150. Zhang, B., El- Jawahri A. & Prigerson H. (2006). Update on Bereavement Research: Evidence-Based Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Complicated Bereavement. In: *Journal of Palliative Medicine*. 9 (5). P.1188 -1203.

VIII. APENDICE

1. APENDICE – Consentimento informado

Pela presente declaração, autorizo LÍDIA MARIA HENRIQUES REGO, a realizar-me a entrevista para abordagem da minha experiência enquanto viúva.

Declaro ainda ter sido claramente informada acerca do tema e dos objectivos do estudo a ser desenvolvido.

Tenho conhecimento do seu respeito das normas éticas e deontológicas que orientam este tipo de trabalho, nomeadamente a confidencialidade e o anonimato aquando da sua publicação.

Deste modo, autorizo que a entrevista seja gravada em suporte magnético (gravador áudio).

Assim compreendendo o presente consentimento, faço-o por livre e espontânea vontade.

LISBOA, ____ de _____ de 2011

A PARTICIPANTE

2. APENDICE – Guião e ficha síntese de entrevista

Ficha síntese – Entrevista

Realizadas por: Lídia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA:	
DATA:	
LOCAL DE ENTREVISTA:	
HORA DE INICIO:	
HORA DE FIM:	DURAÇÃO:

IDADE:
DATA DE MORTE DO CONJUGUE:
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS):
ORIENTADA (REQ. OBRIG.):

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

OBS. ENTREVISTADA:

OBS. FINAIS:

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: _____

O luto da mulher de terceira idade: a vivência de quem ficou viúva

Blocos	Objectivos específicos	Registo verbal	Registo Não verbal
A – A LEGITIMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre o trabalho de investigação que conduziu ao pedido de entrevista: O luto da mulher de terceira idade: a vivência de quem ficou viúva - Pedir o contributo da pessoa que experienciou o “fenómeno” - Apresentar o documento de consentimento informado 		
B – RECOLHA DE DADOS (Ficha síntese)	<ul style="list-style-type: none"> - Reunir os dados biográficos - Confirmar o cumprimento dos pré-requisitos de amostra 		
Pergunta	<p><i>Por favor, descreva a situação de luto pela morte do seu marido que está a passar ou passou. Partilhe todos os pensamentos, todas as percepções e todos os sentimentos de que se possa lembrar desde que ficou viúva até agora, até que não tenha mais nada a dizer sobre a situação</i></p>		

3. APENDICE: Ficha síntese e transcrição entrevista N1

Realizadas por: Lúcia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA: (ocultada)		
DATA: 25-07-2011		
LOCAL DE ENTREVISTA: domicílio da entrevistada		
HORA DE INICIO: 10h	HORA DE FIM: 10h30	DURAÇÃO: 30 minutos

IDADE: 71 anos
DATA DE MORTE DO CONJUGUE: 03-01-2010 (1 ano e meio)
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS): 53 anos
ORIENTADA (REQ. OBRIG.): OK

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

Entrevista realizada a sós na sala: luminosidade natural e espaço arejado. Sentámo-nos em dois sofás em ângulo de 45°. Estão dispostas nas estantes fotografias da família e do falecido. Vive sozinha, mas na altura da entrevista, estava também a filha mais nova, seu marido e filho mais novo.

OBS. ENTREVISTADA:

A entrevistada é colaborante, estando muito chorosa desde início. Foram dados momentos de pausa e respeitados os silêncios, o desejo de continuar/ parar. Tem uma fragilidade física marcada, com grande dificuldade de mobilidade (apoio de canadiana). Apresentação pessoal simples: veste uma bata por cima do pijama.

OBS. FINAIS:

À saída da sala, a entrevistada comenta: "Agradeço-lhe muito a vinda, porque até parece que me fez bem falar, tirar esta dor cá para fora". Referiu também ser muito religiosa "isso também me dá muito conforto" (imagem no corredor junto de fotografias e pinturas). No fim, depois da entrevista, a filha partilhou um pouco da sua experiência de luto. Referiu não estar preparada ainda para voltar à Unidade, mas que o irá fazer. Agradeceu a visita à mãe e disse ser importante contribuir para a investigação na área.

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: N1(ocultada)25072011

<p>N1: É a 1ª vez que faço isto, e...pronto, uma coisa que custa muito, ainda não passou nada. E...Foi uma coisa muito triste, dolorosa, que me custou muito, tanto a mim como a minha filha...e hoje ainda não tou bem, ele passou muito, sofreu e pronto, e morreu (chora).</p> <p>E: A D. M. ainda sente esse sofrimento muito vivo...</p> <p>N1: (a chorar) Tenho...tenho. Ainda ontem estive ao pé dele no cemitério, estivemos todos, os filhos e eu e os netos, estamos quase sempre. Foi uma coisa que não esperava... que ele tinha essa doença, só depois de ir ao médico, de fazer essa biopsia ou o que é, é que descobriram que era essa cancro da próstata, que era maligno e ele disse ao médico "Agarro numa pistola e mato-me". Que ela era da GNR, pronto e tinha uma pistola. Ele não andava bem e o médico teve a fazer ver que isso não adiantava nada. Ele lá se convenceu a fazer tratamentos, no Amadora-Sintra, mas não adiantava nada, não adiantava nada porque ele piorava, tava a piorar. E ...é assim, sei lá está muito fundo ainda, uma coisa muito... dolorosa, muito triste. Olho para ele, é a mãe, é o pai, é ele, e ele é como estava internado (olha foto) e custa muito, é uma coisa muito triste, muito...não sei, ao meu neto custou-lhe muito, e esta filha então, muito mais, não sei mais o que hei-de dizer...</p> <p>E: Foi muito vivido pela família toda.</p> <p>N1. Foi, eu agora não me sai nada.</p> <p>E: Não se preocupe.</p> <p>N1: Estou assim muito, tenho uma pressão no peito que não me deixa falar...</p> <p>E: Essa pressão no peito é só agora porque estamos as duas a falar ou costuma ter?</p> <p>N1: Há assim qualquer coisa, parece que tou bloqueada, parece que não sai nada do que eu queria dizer dele...Esteve aqui em casa, foi tratado, aqui em casa algum tempo, depois foi para hospital com infecção, ele foi operado aos testículos, mas aquilo não adiantou anda. Depois teve infecção na urina, depois foi para Idanha, para CP. Lá e que podemos acompanhar o dia-a-dia dele, todos os dias ou eu ou os filhos estávamos sempre lá e era muito bem tratado, lá isso, era muito bem tratado por todos. O Sr. Padre, a Irmã A. (parece que não era esse o nome dela, mas</p>	<p>SOFRIMENTO NÃO ULTRAPASSADO TRISTEZA, DOR SOFRIMENTO SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA SOFRIMENTO NÃO ULTRAPASSADO SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE</p> <p>PROXIMIDADE - IR AO CEMITERIO SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA</p> <p>RELEMBRAR O DIAGNOSTICO INESPERADO</p> <p>ACTIVIDADES DO MARIDO</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>SOFRIMENTO PROFUNDO NÃO ULTRAPASSADO; TRISTEZA, DOR</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE SOFRIMENTO, TRISTEZA SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA</p> <p>DIFICULDADE EXPRESSAO DA VIVENCIA</p> <p>DIFICULDADE EXPRESSAO DA VIVENCIA</p> <p>PRESSAO NO PEITO - SOFRIMENTO</p> <p>DIFICULDADE EXPRESSAO DA VIVENCIA NECESSIDADE DE FALAR DO FALECIDO RELEMBRA ACOMPANHAMENTO DA DOENÇA</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>ACOMPANHAMENTO EM FIM DE VIDA</p> <p>BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p>
--	--

<p>era assim que ele a chamava por ela ser muito alegre) E: Então chamava-lhe a Irmã A.... N1. A Irmã A....E, outras Sras. Que agora não me recordo, de todas, ele gostava de toda a gente. ...eu hoje estou um bocado cansada (fomos lá em cima). Era muito acarinhado pelas pessoas que lá estavam, muito bem tratado, não podia ser melhor, mas sofrimento é que era. Tava a sofrer muito, não dizia nada, nem a nós nem aos filhos, então a mim não me dizia mesmo nada dizia mais a esta (filha) e à L., outra filha. E depois ele tava muito revoltado, uma coisa que eu achei muito bem muito bem foi prepará-lo para aquilo, para a morte, uma coisa que eu não era capaz, eu não sei, teve umas fases, primeiro teve umas fases, e depois sei, quem foi que o levou a aceitar a aceitar a morte, não foi quem foi. Se foi a psicóloga, Dra., S., se foi alguma Irmã, diz que estava lá uma irmã espiritual e conversava muito com ele. E por fim já tava resignado, tanto que por fim não quis as fotografias da mãe, que ele adorava, não quis, diz que já se tinha desligado de tudo. Não queria, só pediu pelo natal que os filhos estivessem lá todos. Estivemos todos, e os netos todos. Queria os três filhos lá. Depois a hora da morte é que foi, muito triste muito triste. Nós távamos lá todos. Ele já estava com aquele...com aquela coisa da morte, eu acho, não sei, porque se eu soubesse não tinha saído de lá, eu acho que era porque eu nunca assisti a nada dessas coisas. Já não tenho pai nem mãe, nem tias, nem tenho ninguém de família, mas nunca assisti a morte nenhuma. Eu não sabia bem aquilo senão eu não tinha saído de lá. O meu filho e a mulher ficou lá, ficou lá. Ficou lá e chegamos a casa daí a meia hora estava o meu filho a telefonar, que o pai tinha morrido. Tornamos outra vez para lá. Mas é uma coisa muito triste...Depois...nem sei...a minha cabeça já não ta a funcionar bem. Depois o velório e essas coisas todas, que custam...tar ali a olhar para uma pessoa, que foi meu companheiro tantos anos...companheiro, marido, que éramos casados...e somos na mesma. Custa muito...não sei se isto vai passar tão cedo, ainda dói muito, ainda dói muito. Distraio-me, a minha filha agora veio até aqui, traz o pequeno e essa coisa toda,</p>	<p>BONS CUIDADOS DA EQUIPA CANSAÇO/ DEBILIDADE FISICA PESSOAL BONS CUIDADOS DA EQUIPA SOFRIMENTO NA DOENÇA – MORTE COMO ALIVIO SOFRIMENTO NA DOENÇA PREPARAÇÃO PARA A MORTE = ACEITAÇÃO = TRANQUILIDADE/ CONFORTO BONS CUIDADOS DA EQUIPA BONS CUIDADOS DA EQUIPA ACOMPANHAMENTO EM FIM DE VIDA SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA – DESEJOS DO FALECIDO TRISTEZA CULPA (ACOMPANHAMENTO FIM DE VIDA) OUTRAS PERDAS ANTERIORES CULPA (ACOMPANHAMENTO FIM DE VIDA) NOTÍCIA DA MORTE TRISTEZA PERDA DE CAPACIDADES COGNITIVAS RITUAIS PÓS MORTE A RELAÇÃO COM O MARIDO - CONTINUIDADE SOFRIMENTO SOFRIMENTO NÃO ULTRAPASSADO DOR DISTRACÇÃO – COM FAMILIA</p>
---	---

<p>mas ela também anda..., ela era muito amiga do pai, mesmo hoje, ela é que faz questão de limpar e por as flores na campa do pai. Eu também não posso. Não me posso baixar, não posso, assim ainda ando um bocadinho dentro de casa, mas na rua tenho de andar de canadianas.</p> <p>Enquanto aqui estive em casa foi muito difícil vê-lo sofrer, ver aquele sofrimento, um homem...Eu não sei, não sei, eu nunca o vi doente, vivemos 50 e tal anos, juntos, eu nunca o vi doente, a não ser com um ataque de epilepsia, se tinha uma dor de cabeça dizia "ela veio, ela vai passar". Nunca, nunca teve numa cama doente. Depois vê-lo, quando começou, sentado, era verão, tava calor, ele com casaco, cheio de frio, cheio de frio. Chamámos o médico, diz que era uma pneumonia, não sei se era, se não era, se já era a doença, depois dai, foi quando fomos a clínica S.A., para não ir assim muito longe e é que o médico disse que...que era cancro. E a partir dai pronto, foi o maior desgosto que tivemos, porque ele era uma pessoa assim, ele não parava muito tempo em casa, ele gostava de andar, andava, andava a pé, muito, muito, muito. Para ele a melhor coisa que lhe podiam dar, era andar a pé, fosse para onde fosse, chegava a ir daqui às Janelas Verdes (não sei se sabe...), a pé. Muitas vezes dizia que não era por gastar dinheiro, que ele era muito poupado, isso era, mas era mas por andar a pé e agora, uma pessoa lembrar-se destas coisas todas, eu as vezes, ainda penso que ele está aqui...e as vezes ouço coisas assim coisas na televisão que eu sei que ele gostava de ouvir, e olha "vou contar ao N." (era tratado por N., ele era F. mas na família era tratado por N.). E outras coisas, quando se deu as eleições, que ele quando foi da outra vez, ainda foi em cadeira de rodas, votar!</p> <p>E: Uma coisa importante para ele...</p> <p>N1: Era, importante para ele e eu respeito isso tudo...eu não ia votar já não sei há quanto tempo. Mas agora vou, a todas tenho ido. Vou, vou por ele. É verdade e pronto é...era uma pessoa, não sei, não sei...vê-lo assim como ele ficou, não sei, é triste, custa um bocado, por vezes dou comigo não sei onde, não sei onde, o meu neto é chama "Avó e tal..."...fico perdida assim...</p>	<p>SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA</p> <p>IR AO CEMITERIO</p> <p>DEBILIDADE FISICA</p> <p>DEBILIDADE FISICA</p> <p>SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE</p> <p>ANOS DE RELAÇÃO</p> <p>CARACTERÍSTICAS DO MARIDO</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>DIAGNOSTICO INESPERADO</p> <p>GOSTOS/ACTIVIDADES DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>RECORDAR</p> <p>FANTASIA DA SUA PRESENÇA - CONTINUIDADE</p> <p>GOSTOS/ ACTIVIDADES DO MARIDO - CONTINUIDADE</p> <p>GOSTOS/ ACTIVIDADES DO MARIDO - CONTINUIDADE</p> <p>GOSTOS/ ACTIVIDADES DO MARIDO</p> <p>FAZER COISAS QUE ELE FAZIA/ GOSTAVA -CONTINUIDADE</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>TRISTEZA, SOFRIMENTO</p> <p>DIVAGAÇÕES NO PASSADO - RECORDAR</p>
--	---

<p>E. Nos seus pensamentos...nas memórias?</p> <p>N1: (Acena positivamente com a cabeça e chora) Fico muito muito triste e hoje é um dia que tou muito triste. Não sei porque mas já acordei assim, muito triste...mas olhe, todas as noites sonho com ele, mas sempre com saúde, sempre ele, mas não o vejo doente, quando estava bem, não sei porque...Foi uma morte...para todos, uma morte muito triste. E lembro-me sempre, as vezes ainda tou a pensar que ele ainda vem aí. No princípio enganava-me que ele ainda estava aí a chegar, que estou atrasada para comer e essas coisas assim.</p> <p>E: Continuava a fazer o ritmo como se ele estivesse...</p> <p>N1: Era, comia-se a 1h e era a 1h que comíamos, eu e o R. (neto), e as 8h era a noite o jantar...era a mesma coisa, as vezes pronto, ainda mesmo agora estou-me sempre a lembrar dele, porque ele padeceu tanto, sofreu tanto, não sei, acho que não merecia. Mas Deus é que sabe...</p> <p>E: É o pensar no sofrimento que ele teve que a faz sentir pior, ficar mais triste...?</p> <p>N1: É no sofrimento, ele não se queixava...não era uma pessoa de dizer "ai dói-me, ai isto, ai aquilo", mas via-se o sofrimento na cara dele...</p> <p>E: Tinha uma postura de aguentar...</p> <p>N1: Era. Foi militar acho que tudo isso que se deve talvez a isso, lá ao regime.</p> <p>E: A maneira de eles funcionarem e a mentalidade e a filosofia...</p> <p>N1: Mais não sei, não sei mais que possa dizer...ainda está muito... foi há 1,5 anos que ele faleceu, em Janeiro. Fez um ano. Agora 1,5 anos mas ele já estava doente há mais tempo, eu ia com ele ao hospital da Amadora quando foi para fazer quimioterapia, fazer a radioterapia, no hospital da cuf porque ali não tinha. E sofreu tanto, tanto...é pena ter sofrido tanto para se ir embora, mas Deus é que sabe, não somos nós. Eu só estou assim mais (tranquila) ...é ele ter aceitado, porque ele tava muito muito revoltado, mas depois aceitou. Eu até pensei: como pode ser? Que ele tinha um feitio, eu quero mando e posso, mas é nestas alturas nem queremos nem mandamos, nem podemos, e ele aceitou. Porque...uma das minhas filhas (foi a outra)</p>	<p>TRISTEZA</p> <p>ACORDAR TRISTE SONHAR COM O FALECIDO (SAUDE)</p> <p>TRISTEZA (PARTILHADA PELA FAMILIA)</p> <p>ILUSÃO DE CONTINUIDADE/ NEGAÇÃO</p> <p>DIFICULDADE DE AJUSTE A ROTINA SEM MARIDO (REFEIÇÕES)</p> <p>LEMBRAR O MARIDO</p> <p>SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE RESIGNAÇÃO/ ACEITAÇÃO/ FATALISMO (DEUS)</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE</p> <p>CARACTERISTICAS/ ACTIVIDADES DO MARIDO</p> <p>DIFICULDADE EXPRESSAO DA VIVENCIA SOFRIMENTO DATA DE MORTE</p> <p>DOENÇA COMO FONTE SOFRIMENTO RECORDAR TRATAMENTOS</p> <p>SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE LAMENTO POR TER FALECIDO RESIGNAÇÃO/ ACEITAÇÃO/ FATALISMO (DEUS)</p> <p>PREPARAÇÃO PARA A MORTE = ACEITAÇÃO = TRANQUILIDADE/ CONFORTO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p>
--	---

<p>ainda lhe perguntou se queria que levasse uma fotografia da mãe, porque ele adorava a mãe, gostava muito do pai, mas a mãe, era a luz dos olhos dele... e ele disse não, eu cortei com tudo já. Eu já não lhe perguntei, isto ou foi a filha ou a Dra. S. que me disse, não, foi a filha, não leve a fotografia da avó, o pai não quer, diz que cortou com tudo. Não o quis fazer pensar mais na família, porque ele adorava a família... nem sei o que hei-de dizer mais.</p>	<p>GOSTOS/ CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>PREPARAÇÃO PARA A MORTE = ACEITAÇÃO = TRANQUILIDADE/ CONFORTO</p>
<p>E: Mas essa aceitação que ele teve trouxe-lhe algum conforto a si?</p>	<p>GOSTOS/ CARACTERISTICAS DO MARIDO</p>
<p>N1: Sim. A aceitação trouxe, trouxe porque ele aceitou a morte...</p>	<p>PREPARAÇÃO PARA A MORTE = ACEITAÇÃO = TRANQUILIDADE/ CONFORTO</p>
<p>E: Ele não estava revoltado como de inicio...</p>	<p>BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p>
<p>N1: Não estava, não estava...e foi lá na l. que o conseguiram, pronto, aceitar a morte. Todos temos de aceitar, mas uns mais que outros, eu também, sei lá, quando chegar a minha hora também não vou gostar muito...mas ele aceitou e isso para mim... (sorri a chorar) ele tava ...tava deitado no caixão e parece que tinha um sorriso nos lábios e tava tão bem, tão bonito, tão tão...não sei...tava tranquilo e dava tranquilidade a nós, tava muito tranquilo...e dava-nos tranquilidade. Tinha um pouco do olho aberto, que ele tinha os olhos azuis, e via-se, a minha outra filha, disse “Ai mãe, olha o pai ta vivo, tem um bocadinho do olho aberto”, “Ai L.”, mas acho que era assim mesmo...acho eu, não sei e...mas depois, ver ir para debaixo da terra é que eu...custa muito. Aí e que foi...nem quero pensar nisso...</p>	<p>CRENÇA- ACEITAÇÃO PRÓPRIA MORTE</p> <p>PREPARAÇÃO PARA A MORTE = ACEITAÇÃO TRANQUILIDADE/ CONFORTO RITUAIS POS MORTE</p> <p>TRANQUILIDADE EM FIM DE VIDA/ MORTO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>RITUAIS DE FIM DE VIDA → SOFRIMENTO EVITAR RECORDAR SOFRIMENTO</p>
<p>Não sei...não sei...o meu filho também sofreu muito, eu também, todos nós sofremos muito. Os miúdos e tudo, os netos, foi...eu nunca julguei que pudesse haver tanto sofrimento...e depois aceitar tudo tão bem...aceitou tudo...aceitou, aceitou. Há coisas que nós não compreendemos, pelo menos eu...mas pronto...Deus assim quis...não sei, só sei que sofri muito, ele sofreu muito, mais que eu se calhar, da doença, mas vê-lo ali, um homem com tanta vida, um homem sempre bem disposto...quer dizer, lá tinha as suas coisas (todos tem), mas com os colegas, no jardim como quem vai para a estação, gostava de tar ali ao sol, gostava muito. Muitas vezes ia para lá com os colegas a conversar...ele sabia tudo o que</p>	<p>SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA</p> <p>SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE</p> <p>PREPARAÇÃO PARA A MORTE = ACEITAÇÃO CRENÇA/ RESIGNAÇÃO (VONTADE DE DEUS)</p> <p>SOFRIMENTO SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>GOSTOS/ ACTIVIDADES DO MARIDO</p>

<p>dizia respeito a GNR, a saúde...tudo, tudo, essas leis que saiam, então eles vinham perguntar a ele...agora as vezes passo por lá, também não saio muito, e vejo os outros colegas e assim, e não o vejo a ele... é muito triste...ele sofreu muito, eu também tenho sofrido muito, também sou doente. Mas os meus filhos são muito meus amigos e tratam-me bem, vem cá assim fazer as limpezas maiores, porque não consigo, agora está de férias, mas ela vem cá na mesma, porque ela mora no Cacém e vem a campa do pai, também foi horrível para ela, foi muito, ela adora o pai...o irmão também, mas ela é uma coisa, ela não falta lá uma semana, um dia. Eu falto, que me custa...quando eles me podem levar, eu vou. Ainda ontem fomos, fomos todos, mas claro, eles têm carro, o filho também tem carro, fomos divididos pelos dois. E lá fomos, estivemos ao pé dele, arranjamos as florinhas, ela e que arranjou que eu já não posso dobrar, por causa dos ossos... é triste, muito triste (Chora mais e abana com a cabeça de forma negativa). E: Se quiser podemos terminar... N1: Quando quiser.</p>	<p>GOSTOS/ ACTIVIDADES DO MARIDO</p> <p>CONTINUIDADE DAS ACTIV. DO MARIDO NÃO SAIR DE CASA AUSENCIA TRISTEZA, SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE DOENÇA/ FRAGILIDADE FISICA PESSOAL</p> <p>APOIO DA FAMILIA – VIDA PRATICA DEBILIDADE FISICA PESSOAL</p> <p>SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA</p> <p>IR AO CEMITERIO DOENÇA/ FRAGILIDADE FISICA DEPENDENCIA FISICA PESSOAL</p> <p>IR AO CEMITERIO - PROXIMIDADE</p> <p>DOENÇA/ FRAGILIDADE FISICA TRISTEZA</p>
---	--

RESUMO DE TEMAS N1:

1. Experiencia de sofrimento não ultrapassado, tristeza e dor, partilhada pela viúva e família – desde a doença/ diagnóstico até momento actual
2. Procura de proximidade (vs. Ausência) e continuidade do falecido – rituais, manutenção de relação, ilusão de presença, recordar
3. Caracterização/recordação da doença e percurso do doente – fonte de sofrimento
4. Caracterização/ recordação de gostos e actividades do falecido (procura de continuidade) – valorização positiva e negativa
5. Descrição do acompanhamento do doente e vivência como cuidadora até à morte – valorização positiva e negativa (ausência – culpa)
6. Referencia à percepção de cuidados das equipas e instituições onde esteve o falecido – valorização positiva (Morte digna)
7. Descrição de sintomas físicos, incapacidades, debilidade física da viúva e confronto com a própria vulnerabilidade frente à morte
8. Referencia à aceitação da morte por parte do marido – valorização positiva/ conforto
9. Referencia à vivência de perdas/ lutos anteriores
10. Descrição do apoio dos outros (família) – distração, partilha de dor, ajudas quotidianas
11. Aceitação/ resignação/ fatalismo (“Deus é que sabe”)

Obs. Refere religião como apoio; Presentes fotos na casa (continuidade), choro ao longo entrevista (sofrimento expresso)

4. APENDICE - Ficha síntese e transcrição entrevista N2

Realizadas por: Lídia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA: (ocultada)		
DATA: 27-07-2011		
LOCAL DE ENTREVISTA: domicílio da entrevistada		
HORA DE INICIO: 15h	HORA DE FIM: 15h40	DURAÇÃO: 40 minutos

IDADE: 73 anos
DATA DE MORTE DO CONJUGUE: 07-07-2010 (1 ano)
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS): 53 anos
ORIENTADA (REQ. OBRIG.): OK

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

Entrevista realizada na sala: luminosidade natural e espaço arejado.
Sentámo-nos em dois sofás em ângulo de 90°. Estão dispostas nas estantes fotografias da família e do falecido.

OBS. ENTREVISTADA:

A entrevistada é colaborante (com um a vontade crescente na partilha), comunicativa e com facilidade de expressão.
Apresentação pessoal jovial, marcadamente bem penteada e vestida (não veste negro).
Boa mobilidade, sem dificuldade aparente.

OBS. FINAIS:

À saída da sala, comenta: "Sabe, tudo é experiência de vida...eu já perdi a minha mãe antes (estive 17 anos nesta casa) e mais duas. Tudo é experiência. E agora olhe, de vez em quando vou até ali ao cemitério a pé (que faz bem). Sabe, eu achava que isto das pedras e dos cemitérios era tudo uma exploração, e é, mas eu no início não quis gastar dinheiro com as pedras e isso e depois aos poucos mudei de ideias. Eu via-o ali enterrado como um cão, e peguei no dinheiro, arranjei as coisas e foi uns peso...toneladas que saíram de cima de mim! Não se imagina o peso que saiu...foi melhor assim, apesar da exploração e do dinheiro, foi um alívio ". Comenta ainda "Deitei tudo fora. Acho que as recordações estão aqui (coração) ".

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: N2 (ocultada)27072011

<p>N2: O que passei, o que passei...quer dizer...é uma coisa tão dramática que não tem, que não tem...acho que não tem explicação. Mas pronto: O meu marido foi operado, em Santa Maria, os médicos disseram que o tumor estava localizado, e não sei que...quer dizer, deram-me esperança que aquilo ia correr bem, mas ao abrir virão que não era exactamente assim, e então, passado...portanto, foi operado, depois fez fisio (radioterapia), não fez quimio, porque eles acharam que não tinha...fez fisioterapia (radioterapia), fez 30 sessões de fisioterapia (radioterapia) estava muito em baixo, cada vez mais em baixo, cada vez mais em baixo, ate chegou a uma fase, ao fim daqueles 30 dias em que a doutora que o, não foi que o operou, que tratava (quem o opera, opera só, depois manda para a outra, como sabe), viu o TAC e a ressonância e ficou muito tempo a olhar para mim, e "Pois é sr. M. pois é", e a olhar para mim e olhar para o TAC, "há aqui qualquer coisa, há aqui qualquer coisa" e depois, eu não me apercebi que ela se ia desligar dele...entretanto: "O sr. M. tem médico de família?" "Não, não temos, Já tivemos, mas agora não temos" "então vou manda-lo para os cuidados continuados". Ela era muito simpática, que eu acho que não fazem isto a toda a gente, fazem isto quando acham que há necessidade. E então disse, a sra. desce, vai lá abaixo a tal sítio para marcar e então. Marcaram. Estiveram a vê-lo e marcaram para lá ir passado uns dias, para lá ir passados uns 8 dias com ele para falar com as pessoas, para ela me dizerem, verem tudo como estava e mandaram-me para O.. Disseram "Tem ai, Há os cuidados continuados em O., por sinal muito bons e então vou mandá-la para lá" e a partir daí foi sempre a vir para baixo. Não em relação aos cuidados continuados, porque eles fizeram tudo, tudo, tudo o melhor possível. Eu até lhe digo, eu acho que essas pessoas...tenho uma grande consideração por essas pessoas. Vinha aí uma enfermeira, l. que era extraordinária, parece que vivia para os doentes, era extraordinária, e vinham cá uma vez por dia. Por fim, se necessário já vinham mais, já vinham mais vezes e olhe, foi assim, até ele falecer. Foram 5 meses até ele falecer. Faleceu em casa. Faleceu em casa.</p>	<p>DIFICULDADE EXPRESSAO DA VIVENCIA SOFRIMENTO INCOMPREENSAO</p> <p>INICIO DOENÇA/ TRATAMENTO</p> <p>ESPERANÇA (CURA) VS. DESILUSÃO</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO</p> <p>ESPERANÇA (CURA) VS. DESILUSÃO</p> <p>COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO</p> <p>VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO MÉDICA</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO (DESILUSÃO) BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>APOIO E BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO/ MORRER EM CASA</p>
---	---

<p>Eles tinham-me dito (a Enf. E o Dr. M.), se ele falecer de noite para não dizer absolutamente nada, e depois de manha que ligasse logo para os cuidados continuados e foi assim, ele faleceu as 5h e tal da manhã e depois o meu genro é do INEM não vamos alertar nada nem ninguém, se foi isso que ficou assente é assim que vamos fazer e depois as 8h liguei para lá e disse, e veio lá a enfermeira com a certidão de óbito e com essas coisas todas. E foi assim, foi muito bem acompanhado, muito bem acompanhado, são pessoas extraordinárias, e que...vinham só 1 vez por dia, é evidente, diz que não tinham pessoas para me ajudar na higiene, mas eu cá me arranjei, com o meu genro, como já lhe disse é do INEM e cá me arranjei. Entre um e outro...e pronto foi assim é uma doença terrível e foi assim...</p> <p>E: E depois da perda...</p> <p>N2: E depois, o luto, o luto...é preciso a pessoa ser bastante forte. E o estar 5 meses a tratar dele também vão ajudando, vão ajudando, a gente sabe que ali não há esperança, sabe que é uma coisa para a gente estar, até viver e vamo-nos conformando também, e vamo-nos conformando. E no fundo, no fundo, ninguém está preparado.</p> <p>E o luto foi difícil e está a ser difícil...a minha filha ainda hoje me ligou se eu queria ir ao ZOO e eu disse "Não filha, não vou" e muitas vezes vou...e não me deixaram fazer luto também. Principalmente a minha filha casada, (tenho um filho ainda solteiro), tiraram-me logo de casa, para ali para aqui e para acolá e eu não cheguei, não...acho que ainda não fiz o meu luto, o meu luto como deve ser.</p> <p>E: Sente que a família a tentou afastar um pouco do sofrimento, de estar consigo mesma...</p> <p>N2: É, eu estava muito em baixo, que estava. Já viu o que é estar uma pessoa 5 meses naquele estado. Eu não podia com ele, o meu genro vinha cá a noite quando vinha do trabalho ou de manha antes de ir, eu não podia, tinha de subir para a cama para pegar nele, embora tivesse uma cama articulada. Mas foi muito difícil, mas as pessoas aprendem muito, as pessoas ficam mais sensíveis as coisas, pelo menos eu, há coisas tão insignificantes que não vale a pena dar</p>	<p>BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO/ APOIO FAMILIA</p> <p>CARACT. PESSOAIS COMO RECURSO NO LUTO CUIDAR DO MARIDO = PREPARAÇÃO LUTO</p> <p>FALTA DE ESPERANÇA NA DOENÇA</p> <p>RESIGNAÇÃO/CONFORMISMO C MORTE</p> <p>NINGUEM ESTA PREPARADO LUTO VIVIDO COM DIFICULDADE</p> <p>FAMILIA: FONTE DE APOIO E DISTRACÇÃO (Percepção negativa) PROCESSO DE LUTO NÃO PERMITIDO</p> <p>FAMILIA: FONTE DE APOIO E DISTRACÇÃO (Percepção negativa) PROCESSO DE LUTO NÃO PERMITIDO</p> <p>ABATIMENTO PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO ESFORÇO NOS CUIDADOS AO MARIDO APOIO FAMILIAR NOS CUIDADOS</p> <p>DIFICULDADE NOS CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>CUIDADOS: APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO PESSOAL</p>
--	--

<p>importância. Logo na primeira noite dormi logo na cama onde dormi, tirei logo a cama articulada, isso não era capaz. Tiramos a cama articulada e dormi logo lá nessa noite. De vez em quando sinto que ele se está a encostar a mim, mas isso é tudo natural, porque foi mais nos 1^{os} meses...e pronto, as coisas são assim, mas é muito difícil, muito difícil.</p> <p>A pessoa...para já são 50 anos juntos. É uma companhia, uma pessoa que desaparece é uma coisa que faz muita falta e é muito difícil. Muito difícil. É evidente que as pessoas partem. Partem mas ficam cá.</p> <p>É assim a vida, mas graças a Deus vou...tenho uma médica muito minha amiga que fui lá...lá me deu medicação para eu me aguentar, para eu me levantar. Que eu estava muito em baixo. E olhe, lá vou indo, mas medicada, claro, com anti-depressivos, mas pronto, cá vou indo... (pausa)</p> <p>E: E daquilo que me diz que é difícil que está a passar, o que sente que é mais difícil?</p> <p>N2: Olhe, é muito difícil, ainda hoje disse a uma senhora (hoje não, ontem), eu cantava muito bem. E sou uma pessoa muito alegre. Acredita que agora acho que nem sei cantar. Nunca mais fui capaz. Nunca mais fui capaz...As coisas para mim não têm graça, não tem piada. A pessoa anda por andar. Embora eu sinta que tenha de viver enquanto cá ando, que isto é uma passagem, que é. Isto é uma passagem. Também tive a ajuda da psicóloga, também vinha uma psicóloga. Mas custa muito, é muito difícil. Perde-se assim, é muito difícil. É uma companhia que estava aqui sempre. A pessoa levanta-se e não o vê. É muito difícil, eu não sei explicar, é muito difícil, muito difícil...</p> <p>Depois o meu marido era um homem muito bom. Muito bom marido, muito bom pai, de maneira que... fez-me falta. Fez-me falta, só na medida na companhia, porque cá em casa quem era a mulher e o homem era eu. Sempre fui. O meu marido era uma pessoa muito calma, e não ligava as coisas (Se calhar não ligava porque sabia que apareciam feitas). Mas fez-me muita falta.</p> <p>E: Pela companhia, pela relação que tinham...</p> <p>N2: Fez, fez, fez-me muita falta. Até ao meu filho. O meu filho teve quase um ano</p>	<p>VOLTAR AS ROTINAS (DORMIR SÓ)</p> <p>EVITAR SIMBOLOS DA DOENÇA PASSADA</p> <p>SENTIR PRESENÇA FISICA (INICIO)</p> <p>DIFICULDADE NA VIVENCIA</p> <p>TEMPO DE CASAMENTO/ RELAÇÃO SENTIR FALTA DA COMPANHIA AUSENCIA DA PESSOA DIFICULDADE NA VIVENCIA FATALISMO. CONTINUIDADE DE RELAÇÃO ALÉM DA MORTE. FATALIDADE DA VIDA (DEUS)</p> <p>MEDICAÇÃO ANTIDEPRESSIVA</p> <p>DIFICULDADE NA VIVENCIA DO LUTO</p> <p>DIFICULDADE NA VIVENCIA DO LUTO PERDA DE ALEGRIA/ GOSTOS/ CAPACIDADES</p> <p>INCAPACIDAD. P ACTIV. PRAZEIROSAS</p> <p>PERDA DE SENTIDO DE VIDA</p> <p>CRENÇA/ RECURSO ESPIRITUAL APOIO PSICOLÓGICO</p> <p>DIFICULDADE/ SOFRIMENTO SENTIMENTO DE PERDA AUSENCIA (COMPANHIA) AUSENCIA (VER) DIFICULDADE NA EXPRESSAO DA VIVENCIA / DIFICULDADE</p> <p>CARACTERISTICAS DO FALECIDO</p> <p>SENTIR FALTA DA COMPANHIA</p> <p>CARACTERISTICAS DO FALECIDO</p> <p>SENTIR FALTA</p> <p>SENTIR FALTA SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA</p>
--	--

<p>desempregado. Que não..ficou sem reacção. Ficou. Agarrava-se ali ao computador, teve ali quase um ano. Eu dizia: “Tens de ir ali ao Centro de Emprego”. Ainda foi, ainda foi a umas entrevistas, mas também não ficava. Mas ele também não fazia muita força. Porque ficou muito em baixo. Ficou muito muito baixo. Agora ta a trabalhar há 2 ou 3 dias. Porque nós conhecemos uma Sra. Que tava lá no centro de emprego e pediu-lhe. Que o miúdo dela é colega do meu neto. E lá lhe telefonaram e lá foi, ele disse a minha irmã “O tia, só assim, porque se não fosse assim tenho impressão que já não saia daqui de casa”.</p> <p>Não, é muito difícil, muito difícil. Não é que o meu marido parasse muito tempo em casa, que não parava. O meu marido gostava muito de andar na rua, mas pronto, só eu saber que ele tava cá, é diferente que eu saber que já não está. Faz muita falta. As pessoas fazem muita falta. Mas pronto...</p> <p>Quando ele tava doente comecei com esta coisa (Tapetes de Arraiolos) porque eu sou incapaz de tar parada. Sou incapaz de tar parada e depois como tinha de tar sempre em casa, comecei com esta coisa que me fez uma alergia doida e agora não se pode pegar no Verão porque é muito quente, mas sempre vou dando um pontito, agora um pontito e depois outro. Porque a mim só me apetece é estar deitada e de olhos fechados. Mas não posso fazer a vontade ao corpo, se fizesse a vontade ao corpo, estava sempre deitada de olhos fechados.</p> <p>E: E contraria isso...</p> <p>N2: Tenho que contrariar. Tenho que andar, e de vez em quando vou andar e ando muito e saio muito com a minha filha e tenho que contrariar senão ficava aí (sofá) agarrada. E é assim (pausa, olha para mim).</p> <p>E: Não sei se quer partilhar um pouco mais, se prefere que terminemos...</p> <p>N2: (Pausa) Pronto, foi doloroso, foi. Depois as pessoas pensam: “Mas ele tinha dores de cabeça?” Não, não tinha. Aquilo começou por... (não sei como aquilo se chama), ele perder a memória. E então começou por perder a memória. Um dia combinamos no Colombo, eu a minha filha e ele irmos almoçar lá ao Colombo e ele... saiu ali nas Pataneiras, disse “Vou eu aqui ao Banco,</p>	<p>DIFICULDADE DE ULTRAPASSAR</p> <p>GOSTOS/ ACTIVIDADES DO MARIDO</p> <p>AUSENCIA SENTIR FALTA</p> <p>ACTIVIDADES DISTRACÇÃO - RECURSO</p> <p>ACTIVIDADES DE DISTRACÇÃO</p> <p>FALTA DE ANIMO/ SINT. DEPRESSIVA</p> <p>ACTIVIDADE FISICA E SOCIAL (APOIO FAMILIA)</p> <p>FALTA DE ANIMO/ SINT. DEPRESSIVA</p> <p>DOR</p> <p>RECORDA INICIO DE DOENÇA</p>
--	---

vocês vão indo e depois vou lá ter com vocês, sendo a 1h30 vou lá ter com vocês". De maneira que esperamos, quando chegamos já eram as 2h e andamos a procura por todo o lado, não o via lá pelos restaurantes, até que por fim lá vi assim uma pessoa assim um bocado caída, estava sentada numa cadeira, com o envelope do dinheiro que foi levantar ao banco, não sabia onde estava (Ele tinha convulsões), não sabia onde estava. E eu disse "O minha filha, o pai não esta bem de maneira que o melhor é ligar já ao L." Esta foi a primeira coisa que lhe deu, mas eu estou convencida que, ele como foi operado as cataratas, ninguém me tira da minha cabeça, que o sitio...ele foi operado o ultimo, a 2ª vez ao olho esq. E o tumor estava do lado esq. A 1ª foi uma maravilha, no dia seguinte foi-se embora e a 2ª foi correu-lhe muito mal. A 2ª operação, ele teve que ir aos cuidados intensivos (operado as cataratas) teve que ir aos cuidados intensivos e... essa coisa toda. De maneira que oito dias depois saiu, e depois começou a dar-lhe convulsões. Caiu 2 ou 3 vezes aqui em casa. Uma vez fui a rua. Deixei o neto ali no quarto e ele ficou ali no quarto com o meu neto, sentado numa cadeira e quando vim da rua diz assim. O meu neto foi comigo, não, não, ficou ali, mas foi para ali e deixou-se estar ali. Digo assim "O avô?" "Não sei, não sei". Passado um bocado foi ao quarto do meu filho (que é onde ta o computador) e diz-me assim "Avó, o avô ta ali caído, aos pés da cama do tio". Pronto, essa foi a 1ª grande convulsão. Depois, levamo-lo para o Hospital. Deu-lhe outra lá. Uma coisa horrível. Tava sozinha com ele, tava lá numa maca, já tinha sido observado, mas tavam a espera não sei do quê. E eu fiquei...Não me deixavam entrar, mas eu andava, como a porta tava aberta, já sabe como somos nos Hospital, andava sempre assim a passear no corredor. E vejo dar-lhe uma convulsão tão grande na maca. Que se eu não fosse de repente ele caia mesmo da maca abaixo. E pronto, o meu genro, disse logo D. C., **vamo-nos preparar que isto deve ser um tumor na cabeça, de certeza absoluta vamo-nos preparar. E pronto, foi ai que começou.** Fomos ao Dr. C., ao Dr. S. que foi quem operou, à equipa do Dr. L. e... pronto, eles dizem que a operação correu bem, mas

RECORDA PERCURSO DE DOENÇA

RECORDA DIAGNOSTICO INESPERADO

<p>já havia eram muitas ramificações e começou a ...eles viram que já não valia a pena fazer Quimio e passaram para o “rádio”. E depois pronto fez as 30 sessões de rádio. Sempre com o meu...O meu filho iam-nos levar, sempre nós os 3 sempre lá. E passados aí 2 meses caiu mesmo, foi mesmo a cama, foi perdendo o apetite, não comia nada, não tinha forças. Para ir a rua já era com uma bengala, ate que ficou mesmo acamado. E depois pronto, foi sempre a piorar e foi assim. É muito difícil. É muito, muito muito difícil. As pessoas não estão preparadas para estas coisas. E para mim continua a ser muito difícil só que como tenho os filhos e o neto cá vou passando. A Dra. F. que era a psicóloga, disse logo, “Se acha que precisa, vá ter comigo, telefone”, mas eu não...nunca fui. Começo a pensar que a vida é assim mesmo, e temos de encarar a vida e temos de ultrapassar e cá vou indo, mal, muito mal... ...preocupada. Eu não tava habituada a fazer nada. Quando eu me levantava já aí tinha o pão e o leite e não sei quê. Depois mudou a minha vida toda. Que eu não gosto de mé levantar cedo. Depois mudou a minha vida toda. Levantar para ir buscar pão...mas, passou, olhe passou, apesar de eu sempre pedi que a Deus que o levasse a minha frente, foi uma coisa que sempre pedi a Deus. Porque o meu marido sem mim...e os filhos também não tem vontade nem tempo. De modo que Deus fez-me a vontade, ele foi a minha frente, porque ele era muito...não sabia fazer absolutamente nada, nada, nada. Mas eu cheguei a dizer-lhe ao meu marido...é muito bom homem, digo-lhe sinceramente, como pessoa, como pessoa, digo-lhe sinceramente, não há melhor. E depois confirmei no cemitério. É um Sr. Que Veio ter comigo e perguntou se eu era esposa dele e disse “Minha senhora vou-lhe dizer uma coisa: Foi o melhor ser humano que eu conheci até hoje”. Mas tinha um feitio...para já era muito negativo. Não gostava dele próprio, porque as pessoas quando não gostam...porque a gente tem de gostar de nós, se não gostarmos de nós, então não gostamos dos outros. Fazia tudo tudo as outras pessoas. Se lhe pedisse, “Ó sr. V. eu precisava que me fosse buscar ali uma coisa qualquer ali a Lisboa, ou a qualquer lado”, ele</p>	<p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO</p> <p>DIFICULDADE EM LIDAR COM DOENÇA</p> <p>SOFRIMENTO NÃO ULTRAPASSADO FAMILIA DE SUPORTE</p> <p>NÃO PROCUROU APOIO PSICOLOGICO FATALISMO DA VIDA DIFICULDADE DE ULTRAPASSAR</p> <p>MUDANÇAS E NOVAS PREOCUPAÇÕES PRÁTICAS</p> <p>MUDANÇA DE ROTINAS DIÁRIAS</p> <p>SUPORTE ESPIRITUAL</p> <p>DESEJO DE PROTECÇÃO/CUIDAR DO MARIDO</p> <p>CRENÇA DE PROTECÇÃO ESPIRITUAL</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO (VALORIZAÇÃO SOCIAL)</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p>
---	---

<p>ia, ia logo, nem parava. Comigo já não era igual, comigo era um bocadinho chato. Tinha o seu feitio, era muito ciumento, sempre foi. sempre foi muito ciumento e isso era muito mau, muito mau. Também tinha os seus defeitos. No princípio achava muita piada, no fim já não lhe achava graça nenhuma, porque ele dizia assim coisas para se meter comigo. Eu fazia assim um comer, e ele dizia assim, o comer tava bem feito, ele gostava Dizia assim, “Teve cá a irmã Rosa?”, Era uma irmã dele, que ele diz que cozinha muito bem, que cozinhava tão bem como eu. Só para não dizer que o meu tava bom dizia assim “Teve cá a irmã Rosa?”, era este feitio, mas era bom homem, era bom homem. Mas moralmente magoou-me muito, mas já esqueci, já esqueci. Ao pé de tanta coisa que tem importância, isso não importância nenhuma. Quem me dera a mim que o meu genro fosse como ele. É assim... Não sei o que lhe hei-de dizer mais...o que quer que lhe diga mais?</p> <p>E: Só se me quiser partilhar mais alguma coisa do que tenha feito, pensado, tenha sentido...</p> <p>N2: Não..., o que eu senti...senti dor, sofri muito, sofri muito, emagreci muito. Nem parecia a mesma pessoa, chorei muito. Durante 2 ou 3 meses seguidos, eu dava comigo sempre a chorar. Até na cama eu chorava. Estava a dormir e de repente acordava e começava a chorar. Chorei, chorei chorei. Também rezei muito. Luto não pus, porque eu não gosto, não gosto, já da minha mãe só tive um mês e dele fiz a mesma coisa. Acho que o luto nos magoa mais, apesar do meu marido gostava. Que quando os maridos morressem que os maridos, as mulheres andassem sempre de preto. Aí isso ele gostava mas eu não, não gosto de luto. O luto não tem nada a ver uma coisa com a outra. Evidente há umas coisas que não visto que vestia, claro que há. Olhe por exemplo esta coisa (blusa vermelha), vestia-a porque ainda não saí de casa, estou fresca aqui. Porque a casa e muito quente. Há coisa que vestia que eu vestia que não visto, mas luto não pus. Mas não é por isso que deixo de gostar mais ou menos dele, nem os meus filhos também não puseram. Isso não tem nada a ver. Eu vejo pessoas andar todas de preto e as vezes</p>	<p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>MÁGOA DO CASAL/ PERDAO/ ESQUECIMENTO</p> <p>DOR SOFRIMENTO EMAGRECIMENTO DESPERSONALIZAÇÃO, CHORO CHORAR MUITO/ LABILIDADE EMOCIONAL</p> <p>REZAR – RECURSO ESPIRITUAL VESTIR DE PRETO: NÃO GOSTA RECORDA PERDAS ANTERIORES</p> <p>CRENÇAS EM RELAÇÃO AO VESTIR DE NEGRO (PESSOAL E DO MARIDO)</p> <p>RESTRICÇÕES NOS HABITOS DE VESTIR (LUTO)</p> <p>RESTRICÇÕES NOS HABITOS DE VESTIR (LUTO) VESTIR DE PRETO: NÃO GOSTA CONTINUIDADE DE SENTIMENTOS</p> <p>COMPARAÇÃO SOCIAL DE LUTOS</p>
---	--

<p>Deus sabe como elas se portam. Isso não. Ele era de facto muito boa pessoa, meu marido. Chorei muito. Muito mesmo. A minha filha diz-me “Ó mãe, mas porquê? Mas porquê? Deixa lá. “ Ta bém, eu deixo. Às vezes liga-me para aí “Ó mãe, o que é que tens?” “Ó filha não tenho nada”. “Ó mãe, nunca te ouço dizer, que tas bem que tas assim, aquela voz (porque a minha filha é muito bem disposta) então tas boa? E não sei que, não sei que mais “. Mas não sou capaz, parece que perdi ... (O que eu ia dizer...) parece que perdi jeito de lidar com eles já não é a mesma coisa. Eu quero fazer mas já é diferente. Gosto muito deles da mesma maneira mas falta-me qualquer coisa, há uma alegria que me falta...falta-me qualquer coisa</p> <p>E: Isso intervém também na relação que tem com eles?</p> <p>N2: Não eu tenho uma boa relação com eles, graças a Deus tenho e eles são umas jóias de filhos. Então com a minha filha...com o meu filho e com a minha filha, mas o meu filho é mais parecido comigo, ferve em pouca agua e a minha filha...trabalha por turnos, entra a meia-noite e sai as 8h. Chega ai e, se não souber, não diz que ela trabalhou a noite. Sempre bem disposta, sempre bem disposta. Uma coisa!... É diferente. Mesmo ela, mesmo a minha filha...”Ó mãe, tu não sofres mais do que eu sofro, mas ela...não ando é a dizer a Ninguém o que eu sofro”. E sofre. Ele adorava-a. O meu marido nem ralhar aos filhos nunca ralhou, quanto mais bater....se a minha filha dissesse que tinha visto uma blusa, ou umas calças ou umas botas aqui ou não sei aonde, quando ela se ia embora “Onde e que ela disse que viu a blusa?, ou isto, ou aquilo ou aquele outro” e “Ó M. mas não vais comprar. Desculpa lá mas não vais comprar que ela tem muita coisa dessa”: nessa estantezinha que ta ai no corredor, dia sim dia não, 2 não, um sim, 20€. De modo que eu vi-me um bocado aflita, porque o dinheiro mal chegava, eu não sabia onde é que o marido gastava o dinheiro. Agora sei, porque a minha filha de facto...a minha filha, se puder...gosta de comer fora sempre, dá-me impressão que tem doença pelos “trapos”, ela não pode ir passear ao centro comercial só por passear, tem de entrar e comprar. De maneira que ele dava muito dinheiro a filha e</p>	<p>CARACTERISTICAS DO MARIDO SOFRIMENTO (CHORO)</p> <p>PREOCUPAÇÃO DA FAMILIA (ULTRAPASSAR PERDA)</p> <p>DIFICULDADE EM ULTRAPASSAR PERDA DE CAPACIDADE RELACIONAL</p> <p>MUDANÇA NA RELAÇÃO FAMILIAR</p> <p>PERDA DE ALEGRIA</p> <p>APOIO DA FAMILIA</p> <p>SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>RELAÇÃO DO CASAL/ CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p>
---	--

<p>agora eu sei, agora sei onde ele gastava o dinheiro. De maneira que os filhos só tem maravilhas a dizer dele. Ele nunca lhe ralhou quanto mais bater. De facto foi muito mau, ele ainda podia cá andar uns aninhos, coitado, Mas Deus não quis. Estou convencida que o nosso destino está marcado. Tanto que eu tenho muito medo de andar de avião, mas se eu começar a pensar “Espera, se as outras pessoas também andam se eu tiver que morrer de avião, morro de avião, se não tiver que morrer, não morro e vou”. Que eu sou assim um bocado. Mas, acredito um bocado no destino.</p> <p>Mas ele podia cá andar mais uns anos. Mas pronto, ele reformou-se em 91, ainda gozou uns aninhos da reforma dele. Ele era empregado da T. e trabalhava por turnos, trabalhou 36 anos por turnos, foi horrível, tava mesmo cansado, mas coitadinho ainda gozou uns anos bons. Depois não sabia do que se havia de queixar. Tinha aquele problema, depois não queria ir para lado nenhum porque andava sempre nas wc e depois não fazia. Depois, mas “Ó M. anda connosco aqui ou acolá”. “Ai não, não, tenho muito medo”. No inicio a gente ate gozava com ele, “mas anda com a gente, que há lá wc”. Depois é que começamos a perceber que era mesmo da doença.</p> <p>E pronto...lá foi. Agora cá estou, agarro-me a isto (Tapetes) ... ainda hoje não sai de casa, e provavelmente já não saio. Agarro-me a isto, dai a bocado deito-me ali no sofá. Dei um jeito a casa de manhã. E pronto...</p> <p>E: VAI SAINDO...</p> <p>N2: Vou saindo, mas as coisas já não... já não tem a mesma graça. Eu saia na mesma, porque ele nunca foi pessoa de me proibir de sair, ir para onde eu quisesse, mas é diferente, eu sabia que ele tava cá, agora é diferente, a pessoa também esta a ir para velha, é isso que eu penso, os filhos também não têm tempo para nós. Os filhos hoje não têm tempo. Tinham de deixar os trabalhos para me aturar e mim? Não. Para os lares também já disse aos meus filhos...quando eu achar que tou cá a mais, e que não tenho já ...porque eu fiquei muito esquecida. Isso é uma coisa que por acaso ainda não falei com a minha médica, eu fiquei toda, completamente, completamente esquecida.</p>	<p>LAMENTO POR TER FALECIDO (CEDO)</p> <p>FATALIDADE (VONTADE DE DEUS)</p> <p>CRENÇA NO DESTINO</p> <p>CRENÇA NO DESTINO</p> <p>LAMENTO POR TER FALECIDO (CEDO)</p> <p>REFORMA DO MARIDO</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO</p> <p>ACTIVIDADES DE DISTRACÇÃO</p> <p>NÃO SAIR DE CASA</p> <p>ACTIVIDADES DOMESTICAS</p> <p>PERDA DE INTERESSES</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>AUSENCIA</p> <p>ENVELHECIMENTO PESSOAL</p> <p>APOIO FAMILIAR (LIMITADO)</p> <p>ENVELHECIMENTO PESSOAL (LAR)</p> <p>REF. A PROPRIA MORTE</p> <p>PERDAS MNESICAS</p>
--	--

<p>Eu tou a falar consigo se calhar se logo quiser dizer isto, não em lembro de nada, estou muito esquecida, muito muito muito...as vezes que eu vou ao frigorífico, sem saber o que é que eu quero, “Mas o que é que eu quero, o que não quero?”. Depois ponho as coisas num sitio e não sei onde ponho...e tou tomar uns comprimidos para a cabeça, mas é diferente...muito diferente</p>	<p>PERDAS MNÉSICAS</p>
<p>E: Mas antes não se sentia assim?</p>	
<p>N2: Não, não. Eu sempre fui um bocado despassarada, sempre fui um bocado despassarada. Já quando namorava com ele, tinha eu 19 anos, já eu me esquecia de tudo para ir ter c ele a rua. “Ai esqueci-me ai esqueci-me”, só para ir ter c ele a rua. Mas, sempre fui um bocado despassarada, mas como eu sabia que havia coisas que era ele, como...casa, (não, imagine) enquanto pagávamos casa (que agora já não pagamos), água, luz, telefone, essas coisas todas, era ele que tratava de isso tudo. E eu estava descansada, agora não, sou eu que trato e a maior parte das vezes deixo passar os prazos. Olho todos os dias para aquilo e deixo passar os prazos. Ainda deixei passar o prazo de uma consulta. No dia 15 de Julho. Meteu-se-me na cabeça que a consulta era dia 18 e deixei passar a consulta e pus no placard ali que eu tenho na cozinha...sou muito esquecida, sou muito, muito, eu não era assim...</p>	<p>PERDAS MNÉSICAS</p> <p>RECORDAÇÃO DA RELAÇÃO CASAL JOVEM</p> <p>MUDANÇA: TRATAR BUROCRACIAS/ RESPONSABILIDADES VIDA PRÁTICA</p> <p>PERDA MNESICA</p>
<p>E: Mas também teve de passar a assumir esses prazos...a passar a tomar conta disso...</p>	
<p>N2: Claro, claro, tive de passar a fazer essas coisas todas, eu até dava em maluca no 1º mês, o que me valeu foi a minha filha...</p>	<p>MUDANÇA: TRATAR NOVAS QUESTÕES PRÁTICAS APOIO DA FAMILIA</p>
<p>E: Ajudaram-na.</p>	
<p>N2: Ajudaram. Porque senão, alguma vez? Há coisas que nunca tinha feito. Como tratar das coisas depois de ele falecer. Eu nem sei como se chama aquilo. Só sei que me fartei de gastar dinheiro. Só sei que me fartei de gastar dinheiro. E nunca paguei IRS depois pagaram-me 6 meses de ordenado (mas isso pagam a toda a gente). Por causa desses 6 meses de ordenado tenho ali 800€ para pagar de IRS. Portanto, eu fiquei com 60% de reforma como sabe...o dinheiro no tempo do meu marido não dava. Não chegava. Chegava porque eu fazia-o chegar, mas</p>	<p>MUDANÇA: TRATAR NOVAS QUESTÕES PRÁTICAS</p> <p>PREOCUPAÇÕES FINANCEIRAS</p>
	<p>CARACTERÍSTICAS DO MARIDO</p>

<p>nunca sobrava nada. Depois comecei eu a tomar as rédeas as coisas, já estava ele tão mal. Porque nós não tínhamos conta junta, porque ele não queria (já o pai dele era a mesma coisa, nunca dava dinheiro a mãe); eu tantas vezes trouxe o papel “Ó M. convém ter conta junta, porque nunca se sabe o dia de amanhã”. Eu tinha a minha conta com a minha filha, como ainda tenho. Ele não quis, depois adoeceu. Já mal podia assinar, quando eu fui ao banco onde ele recebia o vencimento. Há tantos anos que trabalhava com aquele banco, fui lá falar com o Sr. Disse-lhe o problema dele. E ele disse-me que não se deve fazer, mas “eu conheço tão bem o Sr. V.”, deu-me um papel para ele assinar. Assinou mal, só riscos, só riscos, só riscos mas lá consegui o cartão Multibanco em meu nome, em meu nome não, em nome dele. E lá consegui levantar a reforma dele e as coisas com esses cartão e agora o dinheiro, graças a Deus, sobra, chega e sobra. Era uma pessoa muito desorganizada o meu marido, muito muito desorganizada. Também não se pode ter tudo de bom, tem de haver defeitos e qualidades, não podemos olhar só aos defeitos. Mas o dinheiro passou a chegar e a minha filha continua a explorar bem, só quer é jantar, comer fora “Mãe, vamos ali, vamos aqui, vamos acolá”. Depois o meu neto fez 8 anitos este mês e a minha filha fez dia 10, e a minha filha fez a 10 e ele a 16. A minha filha tinha ido para Marrocos e chegou no dia 10 mesmo. Eu Disse “Vamos ali jantar ao F. C. que a mãe paga”. E fomos, mas de maneira que o meu genro antecipou-se e pagou. E eu digo assim “Olha que disparate, então o L. é que tá a pagar, eu é que queria pagar, eu é que queria pagar”. Diz o meu neto “Deixa lá avó, deixa-o pagar que tu é que pagas sempre, deixa-o pagar que tu é que pagas sempre”. Pronto...e foi assim.</p> <p>A vida, olhe, sabe o que lhe digo. Pobre de quem morre. Morrer morremos todos, mas de quem vai morrendo antes, não é? Quem cá ficar arranja-se sempre, isso é uma das coisas que eu digo sempre, de uma maneira ou de outra, quem cá fica arranja-se sempre. O pior é quando as pessoas morrem.</p>	<p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>REORGANIZAÇÃO FINANCEIRA</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>CARACT. MARIDO FALECIDO</p> <p>REORGANIZAÇÃO FINANCEIRA</p> <p>ACTIVIDADES EM FAMILIA</p> <p>LAMENTO PELA MORTE (HUMANA) CRENÇA NA POSSIBILIDADE DE ULTRAPASSAR</p> <p>LAMENTA MORTE (HUMANA)</p>
---	---

RESUMO DE TEMAS N2:

1. Vivência da doença com sofrimento: algo dramático, incompreensível, doloroso, difícil
2. Referencia aos cuidados da equipa – valorização positiva
3. Recordação do percurso desde diagnóstico (esperança inicial), tratamento da doença, pioria e da morte em si mesma
4. Referencia à experiência enquanto cuidadora do marido – ajuda no processo de luto e desenvolvimento pessoal (Ainda que a preparação nunca seja suficiente)
5. Referencia às suas características pessoais como recurso no processo de luto (ser forte)
6. Apoio da família (doença e luto, ainda que nem sempre suficiente) vs. Distracção (nefasta – Não fez o luto)
7. Vivência de depressão/ tristeza/períodos de choro intenso/ sem alegria - Perda de sentido de vida e incapacidade para actividades e relações
8. Referencia a relação (desde namoro, anos de casada) com o falecido (presença/ ausência) e continuidade (sonho, proximidade física) – valorização positiva e negativa
9. Recordação das características, gostos e actividades do marido
10. Referencia a actividades pessoais de distração (físicas e sociais)
11. Resignação vs. Aceitação – fatalismo “A vida é assim” (Crença no destino) vs. Lamento (Morte do marido e morte humana)
12. Mudanças de vida prática - quotidiano (gestora de casa, resoluções económicas)
13. Rezar / crenças “satisfação do desejo de protecção do marido” / significado de “Não usar luto” (comparação aos outros)
14. Percepção do seu próprio envelhecimento (pensa na ida ao lar) e perda de capacidades pessoais (mnésicas)

Obs. Referencia a perdas anteriores (mãe) e reforço da importância do cuidado ao local onde o marido está enterrado (lapide no cemitério)

5. APENDICE - Ficha síntese e transcrição entrevista N3

Realizadas por: Lídia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA:		
DATA: 27-07-2011		
LOCAL DE ENTREVISTA: domicílio da entrevistada		
HORA DE INICIO: 18h	HORA DE FIM: 18h20	DURAÇÃO: 20 minutos

IDADE: 68 anos
DATA DE MORTE DO CONJUGUE: 05-03-2010 (1 ano e 4 meses)
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS): 52 anos
ORIENTADA (REQ. OBRIG.): OK

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

Entrevista realizada na sala: luminosidade natural e espaço arejado. Sentámo-nos na mesa da sala de estar em ângulo de 90°. Estão dispostas nas estantes fotografias da família e do falecido. A filha está em casa e aparece quase no fim da entrevista para vir buscar o cão (acarinhado pela idosa em alguns momentos), mas acaba por permanecer na sala.

OBS. ENTREVISTADA:

A entrevistada é colaborante, comunicativa e com uma linguagem marcadamente simples, mas perceptível. Manteve-se chorosa ao longo de toda a entrevista, mantendo desejo de colaboração. Apresentação simples, pouco cuidada (ainda que higiénica), com roupa marcadamente escura. Boa mobilidade, sem dificuldade aparente.

OBS. FINAIS:

À saída de casa, já com a filha a acompanhar-me à saída, quis mostrar-me o quarto em que dorme, onde se passou o episódio da morte do marido que relata na entrevista.

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: N3 (ocultada)27072011

<p>N3: Quer dizer, eu levei uma vida difícil para criar 8 filhos...tive 8 filhos. Muito difícil. Era só ele. E levei uma vida muito difícil. Adoecer, ele adoeceu, teve 5 anos acamado. Que eu não moro aqui, eu vim para aqui, e daqui já não saio. Porque não me sinto... (chora) ele teve 5 anos acamado. Deu-lhe 3 AVC ainda andava de muletas, ou 4. Então e ...sempre sozinha, nem queria que ninguém... parece que ninguém fazia tão bem como eu, para tratar dele.</p> <p>E: Cuidou dele?</p> <p>N3: (Acenou com a cabeça positivamente) Ao fim de 5 anos, esta minha filha foi lá, que eu moro num 2º, a bem dizer aquilo é um 3º andar. Já ele tinha a cadeira de rodas quando... Quando ele acamou mesmo, mesmo, mesmo, foi 3 anos mesmo acamado. Porque naqueles 2 anos andava de cadeira de rodas, ainda vinha cá abaixo que eu pedia-lhe e não sei quê. Esta filha foi lá e viu-me, tava a engomar e tava a chorar...eu tinha caído neste cadeirão. Tinha caído com ele, estava a tira-lo de uma cadeira que é de escritório, tem rodas, tirava-o da cama naquela cadeira. Depois punha-o para aqui na sala e eu cai com ele. E consegui por este joelho, (ele tinha cento e tal quilos), por baixo, lá o consegui por nesta cadeira, travei as rodas...e depois fui engomar, tava a chorar. A minha filha entra e diz-me: "O que tu tens mãe?" "Olha cá com o pai, eu já não posso. Eu queria ver se podia, mas já não posso" "Vai-se já embora, vou buscar uma carrinha e vai-se já embora para a minha casa, a mãe leva a sua cama" (que é a que eu tenho, ainda durmo na cama do meu marido, almofada dele e tudo), e aqui fiquei, 4 meses, 5 meses. (Chora)</p> <p>Ao fim de 5 meses...a minha filha trabalha muito, somos só as duas, tenho a reforma dele, porque eu nunca tive, eu trabalhava a dias e isso assim, mas não descontava. E os filhos eram muitos, e eu tenho 181 euros de reforma dele...e esta filha, que trabalha muito, e pronto cá fiquei. Ah, um dia...este sofá estava aqui deste lado, a minha filha pegava as três da tarde, saiu e eu fui arrumar a cozinha, fui arrumar a cozinha e a cadela foi-me a ladrar, ladrar, ladrar, e eu estranhei, quando cheguei aqui, estava o meu marido tava assim muito aflito e tinha assim uma parte a pôr-se tudo negro. Eu chamei o INEM, tinha tudo...e foi para o Hospital de S. M. Ficou internado claro, da maneira que ele estava, e do Hospital de S.M. foi para o Hospital da M., que eu não gostei nada, nada... (chora). Eu tive 5 anos o meu marido, e não tinha uma ferida, e o meu marido no Hospital teve lá 1 mês e veio cheio de</p>	<p>RELAÇÃO COM MARIDO: FONTE DE APOIO</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO</p> <p>MUDANÇA DE CASA - DOENÇA</p> <p>DESEJO DE VIVER EM CASA DA FILHA</p> <p>SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO (SOZINHA, DESEJO DO MARIDO)</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>ESFORÇO/ DIFICULDADE NO CUIDAR (SOFRIMENTO)</p> <p>APOIO DA FILHA NA DOENÇA</p> <p>PROCURA DE PROXIMIDADE DO MARIDO FALECIDO</p> <p>APOIO DA FILHA</p> <p>FONTE SUSTENTO ECONOMICO - REFORMA</p> <p>DIFICULDADES FINANCEIRAS</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO</p> <p>PERCEPÇÃO MAUS CUIDADOS HOSPITALARES</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO</p>
---	---

<p>feridas... (chora). Eu até tive...mas para quê, não merecia a pena, já não ma davam, a vida dele. O que é que eu ia fazer? Depois o meu marido...ai a médica, também não desfazendo, pronto não sei, eu acho que era das auxiliares que não tiveram...eu quando vi, quando soube que o meu marido tinha uma ferida, eu reclamei, porque vi...houve uma altura em que ele já só fazia gestos, já a quase não falava, ele já em casa quase não falava, tava com urina, não podia ter, eu andava constantemente, constantemente, a limpa-lo. Ele não podia ter. E fui chamar a enfermeira e vi um penso, e estranhei. E vi uns pensos nos calcanhares, e fui ter com a enfermeira e a enfermeira disse que aquilo era normal. Eu nunca tinha assistido, visto um doente assim ligado, nem nos calcanhares nem nada, porque o meu marido teve 5 anos e não teve nada dessas coisas, nem uma ferida o meu marido! É que nem uma ferida! Porque ele era canteiro, e tinha a reforma dele, mas era quase tudo para cremes bons, mas isto é, gastava tudo no meu marido. A minha médica, a dali (C.S.O.), a Dra. A. Que era a minha medica de família, e é (ela agora até tem estado doente), dizia que ele tinha a cara... as pernas e o rabo mais, com melhor... a pele melhor, do que a minha cara. E então eu, foi um desgosto muito grande, vir para aqui cheio de feridas. Então ela chamou-me lá abaixo, ao serviço social e disse-me que, "O seu marido vai ter alta, ou alta ou então a gente mete-o"...num sitio que é para os..., pronto, ali eles acabam.</p> <p>E: Cuidados continuados? Paliativos?</p> <p>N3: Também não deve ser isso. Aquilo é, por exemplo, vão para ali, e ali é que morrem, ta a compreender? Já não tem...e eu disse, "Não, não, o meu marido tem alta, vai para casa". Depois veio a médica e a médica disse, "A sra. Tenha calma, que não há nada a fazer", "Não, não, o meu marido vai para casa! Tive tanto tempo e eu, já não estou muito "coisa", porque eu vim para aqui sem uma ferida e o meu marido está cheio de feridas. O meu marido vai para casa, eu chamo uma ambulância e o meu marido vai para casa". Mas depois ela virou-se e disse "Não, não, se a sra. Quer levar para casa, vai daqui a ambulância". Deu-me uma ambulância, chegou aqui eram umas sete e tal, deixaram-no na cadeira, tava ali mesmo no meio. Assentaram-mo ali, já tinha o lençol encima disto, e sentaram-mo ali. Digo assim "Bem, quando a minha filha chegar, para a gente o lavar", à nossa maneira né? E aquela coisa toda...e assim foi. Ela saiu mais cedo, ela veio. Quando a gente vai, para o levantar do cadeirão, para outra cadeira que a gente</p>	<p>SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE</p> <p>PERCEPÇÃO MAUS CUIDADOS HOSPITALARES</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>ACTIVIDADE DO MARIDO</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO</p> <p>ALTA HOSPITALAR – DESEJO DE CUIDAR EM CASA</p> <p>PERCEPÇÃO MAUS CUIDADOS HOSPITALARES ALTA HOSPITALAR -- DESEJO DE CUIDAR EM CASA</p> <p>APOIO DA FAMILIA NOS CUIDADOS</p>
--	--

<p>tem, de rodas, para o levar para o quarto, o meu marido não se aguentou nas pernas...comecei logo a chorar (chora) e comer, parece que ele tava esganado, pegou-me assim, aqui nesta mesa, pegou-me assim no pão...assim uma coisa. O meu marido passou fome, o meu marido foi muito mal tratado... Eu na altura não andava bem da minha cabeça, e aquela coisa, mas o meu marido não, nem aconselho ninguém a internarem seja qualquer pessoa no H.1 porque ele chegou a tar bem internado foi em H.2 e eu tanto pedi, mas disseram que ele tinha de ir para H.1 Assim foi, pronto, teve 11 dias. Ao fim de 11 dias, a médica, a sra. Dó serviço social de lá, muito incansável com a gente, porque ela viu que realmente a gente tínhamos razão...só a telefonar para nós, e a telefonar para a minha médica que ela tinha que passar um papel para nós, como não era a minha residência, para vir aqui alguém fazer tratamento. Foram ali os de C., impecáveis que eu ainda fui a televisão por causa deles. Foi uma coisa que não tem explicação, o Enf. B. que vinha aí, uma enf., todos eles. Uma médica que telefonava constantemente, constantemente, telefonava para o trabalho dela (filha), telefonava para mim, como via que eu tava sozinha, foram uma coisa espectacular, diziam-me "Ó sra. G. a sra. Não vai aguentar, a sra. Não aguenta, a sra. Vai-se ficar. E a sra. Não aguenta, é melhor interna-lo." "O meu marido, se tiver de ficar, fica ao pé de mim, estive 5 anos com ele, 5 anos". Enfim, a minha filha veio, tive a lava-lo, teve 11 dias, quando veio o Enf. B. fazer o penso, ele só dizia "Não tenho palavras para isto". Eu não vi, não me deixaram ver. Porque eu podia ver, que eu tenho muita coragem, pronto, mas não me deixaram ver. Este osso assim que nós temos (coxis), via-se assim, um buraco, enormíssimo, enormíssimo, aquilo...esta filha então é que chegou a ver e...então teve 11 dias de sofrimento. Ele e eu. Ele depois deu-lhe uma coisa muito grande, eu telefonei para essa médica, essa médica depois telefonou para mim e para a minha filha, veio logo uma enf. Fazer, deve ser domicilio, que elas costumam vir assim, veio logo vê-lo. Ela disse-me, agarrou-se ali a mim "A sra. Não vai aguentar, é melhor interna-lo". "Não sr. Não". Isto foi, ele veio a uma sexta-feira, teve sábado e domingo, no outro domingo, eu disse à minha filha, "Vai-te deitar um bocadinho e deixa-me a luz acesa". Eu ficava, como ele tinha...foram eles que trouxeram o colchão de massagens, como ele tinha aquelas feridas, e a minha cama ficava assim (Gestos com as mãos). Elas admiravam-se. Nunca nunca (Chora) e eu</p>	<p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>PERCEPÇÃO MAUS CUIDADOS HOSPITALARES</p> <p>PERCEPÇÃO BONS CUIDADOS HOSPITALARES</p> <p>PERCEPÇÃO BONS CUIDADOS HOSPITALARES</p> <p>PERCEPÇÃO BONS CUIDADOS HOSPITALARES</p> <p>PERCEPÇÃO BONS CUIDADOS EQUIPA</p> <p>PERCEPÇÃO BONS CUIDADOS EQUIPA ESFORÇO NOS CUIDADOS</p> <p>ACOMPANHAMENTO ATE FIM DE VIDA CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>CARACT. PESSOAIS - CORAGEM</p> <p>PERCEPÇÃO MAUS CUIDADOS HOSPITALARES</p> <p>SOFRIMENTO DO CASAL NA DOENÇA PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO</p> <p>DESEJO DE CUIDAR EM CASA</p> <p>ACOMPANHAMENTO DO MARIDO</p> <p>BONS CUIDADOS AO MARIDO</p>
---	--

<p> passei bastante com o meu marido, mas nunca nunca...o meu marido... Nessa noite pus uma cadeira que ainda lá tá, com um almofadão daqueles, pus lá a minha cabeça, os braços por cima dele (...) assim a coçar-lhe a cabeça, que ele gostava muito, e assim é que o meu marido se ficou. Fiquei sem ele. Mas depois, pronto, para ir para a minha casa? Eu já aqui tava por isso também não abandono a minha filha, tá aqui sozinha, e não dá, pronto...vivemos uma prá outra. Foi uma grande filha, vivemos uma prá outra e aqui tou. Já faz ano e meio que ele faleceu. E: Como é que tem sido durante este ano e meio? N3: Com a minha filha espectacular, com muita dificuldade porque ela paga uma renda de 500 e tal euros. Eu tenho uma reforma de cento e...mesmo que queira ajudá-la não posso. Já passámos fome, as duas (em surdina) porque eu não... sou, sou uma...pessoa que não gosto de... (imperceptível) e ela é a mesma coisa, porque ela ganha o ordenado mínimo... e agora ta a pagar 500 e não sei que de renda. Mas como já tem isto há 8 anos ou que é, queria ver se... lá vai dando, mas já passámos aqui fome (surdina). E fiquei com muita dívida em cima de mim, muita mesmo. Tinha um ourozinho que era do meu marido e aquilo tudo ficou-me. Tá bem que eu recebi o dinheiro do funeral mas depois mandei fazer uma campinha, que está mesmo aqui à entrada, com uma nossa Sra. de Fátima, fiz à minha maneira... E: Era importante para si... N3: (acena com a cabeça positivamente e chora) Não valia de nada, mas vou ali mais ela ao domingo e...e então o ouro dele tenho todo ali (penhores), mas isso não afecta...mas, tenho passado mal. Desde que o meu marido adoeceu (chora), passado mal... Tenho mais filhos, fui sempre uma boa mãe, tenho mais filhos, mas...tem ciúmes de eu tar na casa desta (filha), há sempre aquela coisa de...tenho agora uma que até queria que eu fosse para lá. Se esta (filha) deu para o mau, também dá agora para... não vou abandonar o meu marido, que ele continua aqui (olha para foto), mas com muita dificuldade. Deus também sofreu, a gente quando vem ao mundo é para sofrer, de maneira que é para sofrer. Até ir para o pé dele. Eu tinha uma máquina de costura, agora parece que se partiu, mas agora também ninguém faz disso. Punha um fecho, punha assim, agora não, isso tá barato, vão aos chineses, compram barato, ninguém manda por um fecho...nem nada dessas coisas. </p>	<p> PROXIMIDADE FISICA NA HORA DA MORTE GOSTOS DO MARIDO A PERDA/ MORTE APOIO MUTUO DA FAMILIA TEMPO DESDE A MORTE APOIO DA FAMILIA DIFICULDADES FINANCEIRAS / SOBREVIVENCIA DIFICULDADES FINANCEIRAS / SOBREVIVENCIA DIFICULDADES FINANCEIRAS / ENDIVIDAMENTO RITUAIS FUNEBRES / RELIGIOSIDADE IDA AO CEMITÉRIO ENDIVIDAMENTO DESVALORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES FINANCEIRAS DIFICULDADES FINANCEIRAS / SOBREVIVENCIA APOIO E CONFLITOS FAMILIARES CONTINUIDADE DO MARIDO DIFICULDADE EM ULTRAPASSAR CRENÇAS RELIGIOSAS/ INEVITABILIDADE DO SOFRIMENTO ESPERANÇA DO REENCONTRO (TRANSCENDENTE) / PROPRIA MORTE PERDA DE ACTIVIDADE LABORAL </p>
--	--

<p>Quando eu tava em casa é que...até a trouxe para aqui, não merece a pena, agora toda a gente...não põe um fecho. É assim, tem sido assim a minha vida, daqui não saio. Nem eu largo a minha filha. Se ela deu para tar a sofrer comigo, a ver as feridas do pai, nunca me deixou. Agora somos as duas, somos uma para a outra. Ela chegou há bocado, veio-me buscar para ir ali ao pãozinho, fomos ali ao pão, vim, cá tou. E: Sente-se apoiada por ela, mas também acaba por apoiar. N3: Ela já de si era uma filha que era espectacular, todos eles. Dra. Eu não tenho razão de queixa dos meus ricos filhos, eu já tive, já perdi dois, perdi um já lá vão 11 anos, de acidente de carro, deixou-me três netos. Agora já ela, a mãe, lá arranjou outro companheiro, então, tinha que arranjar, tudo muito bem, mas também tive que contribuir para isso. Mas, esta filha foi sempre assim, eu não deixo esta filha por nada. São todos meus filhos, todos bons, e é os ciúmes e têm aquelas coisas, mas não, a gente entende-se as duas. Mas que a gente já passámos aqui mal as duas já, não gosto de dizer isso porque sou, como se costuma dizer...chama-se a pobreza envergonhada. Sou mesmo envergonhada. Não dá para eu ir a qualquer lado (pedir), mas que a gente já tem passado mal, que ela paga 500 e tal euros, tem sido sempre a aumentar, sempre a aumentar, mas também já tem isto há 8 anos queria ver se não perdia. A gente, ela também tem que ir pagar renda para outro lado qualquer, todos temos que pagar renda para viver debaixo de um tecto, mas com muita dificuldade, eu tenho 181 euros, mas tudo se há-de passar. Mas desde que o meu marido adoeceu fiquei sem nada. Tenho aí cautelas de fios dele, e essas coisas, tenho impressão que aquilo já nem, paga-se muitos juros, aquilo é tudo (...), mas eu também o perdi a ele também já não me afecta. Quando a gente perde assim, um chefe da casa...eu já perdi um filho, dois, vá, perdi um há 20 e tal anos, mas eu sou muito sincera, sou uma mulher muito sincera, eu não me custou tanto como perder este há 11 anos. Não sei se era da vida ou se não, não sei, não sei, também foi mais novo, não sei. Este, há 11 anos deu-me um enfarte tive eu internada, mas, e agora perdi o meu marido, né? Mas tive o meu marido (há gente que não me compreende, eu não sei) que me deu um apoiozinho, que me disse assim "Tens de continuar a vida, porque isto e porque aquilo e tens..." e tenho esta filha e ela agora faz-me o mesmo, mas não é, não é...a respeito disso de perder aquele filho, e dar-me apoio,</p>	<p>APOIO MUTUO FILHA</p> <p>ACTIVIDADES - SAIDAS AO EXTERIOR</p> <p>PERDAS ANTERIORES</p> <p>APOIO E CONFLITOS FAMILIARES</p> <p>DIFICULDADES FINANCEIRAS/ SOBREVIVENCIA</p> <p>DIFICULDADES FINANCEIRAS/ SOBREVIVENCIA</p> <p>DIFICULDADES FINANCEIRAS</p> <p>DIFICULDADES FINANCEIRAS/ ENDIVIDAMENTO</p> <p>PERDA DO MARIDO – DESVALORIZAÇÃO DA PERDA FINANCEIRA</p> <p>PERDAS ANTERIORES</p> <p>PERDA DO MARIDO RELAÇÃO COM MARIDO – APOIO</p> <p>APOIO FAMILIA</p>
--	--

<p>o meu marido deu-me muito apoio. Mal eu sabia que ele, que eu ia ficar sem ele. Mas, se a dra. Quer saber desde que ele faleceu o que eu tenho passado, eu não digo assim, desde que ele caiu a cama o que eu tenho passado.</p> <p>E: Desde que adoeceu que tem sofrido muito...</p> <p>N3: Desde que ele caiu à cama porque ele teve 5 anos acamado. Um dia tou a engomar e a filha entra, vê-me a chorar, tinha caído mais eu e lá o consegui meter, ele tinha cento e tal quilos. Tenho passado muito, pois é, mas costuma-se a dizer, "Mal é de quem vai" (...) a gente (...) depois falo com ela e vai-se tudo passando, já lá tenho 2 filhos também. Não tenho mais nada a dizer, é só isso Dra.</p> <p>E: E eu agradeço-lhe.</p> <p>N3: Não tenho passado desde que ele faleceu, foi desde que ele caiu a cama, foi-se o que tinha-se e o que não se tinha...</p>	<p>RELAÇÃO COM MARIDO – APOIO</p> <p>SOFRIMENTO DESDE DIAGNOSTICO</p> <p>CRENÇA/ LAMENTO PELO FATALISMO VIDA</p> <p>PERDAS ANTERIORES</p> <p>SOFRIMENTO DESDE DIAGNOSTICO</p> <p>PERDA FINANCEIRA/ ENDIVIDAMENTO</p>
--	--

RESUMO DE TEMAS N3:

1. Descrição do percurso da doença, agravamento e morte – sofrimento do falecido e da viúva
2. Alteração de vida (desde doença) – vinda para casa da filha (apoio mútuo) e relação de conflito com demais filhos
3. Referencia ao seu papel de cuidadora / acompanhamento até à morte – esforço (sobre humano) e valorização positiva (Brio)
4. Manutenção de proximidade (cama, ida ao cemitério) do falecido, referencia a continuidade e relação de apoio (vs. percepção de perda) e referencia aos seus gostos
5. Dificuldades financeiras, endividamento e dificuldades de sobrevivência (desde a doença) – fonte de sofrimento
6. Percepção de cuidados de equipas e instituições de saúde – valorização positiva e negativa
7. Aceitação/ resignação – referencia a crença religiosa / fatalidade “Mal de quem vai” e a Deus e a Esperança de reencontro depois de morrer
8. Referencia a perdas anteriores

Obs. Casa com fotos a que se refere na entrevista, apresenta-me quarto onde dormia o casal e onde morreu o marido (onde ainda dorme), está presente cão acarinhado pela idosa ao longo da entrevista, veste de negro, chora ao longo de quase toda a entrevista

6. APENDICE - Ficha síntese e transcrição entrevista N4

Realizadas por: Lúcia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA: (ocultada)		
DATA: 08-08-2011		
LOCAL DE ENTREVISTA: domicílio da entrevistada		
HORA DE INICIO: 15h	HORA DE FIM: 15h30	DURAÇÃO: 30 minutos

IDADE: 66 anos
DATA DE MORTE DO CONJUGUE: 26-03-2010 (1 ano e 5 meses)
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS): 40 anos
ORIENTADA (REQ. OBRIG.): OK

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

Entrevista realizada a sós na sala: luminosidade natural e espaço arejado. Sentámo-nos no mesmo sofá em ângulo de 45°. Estão dispostas nas estantes fotografias da família e do falecido. Na casa estava também o seu cão.

OBS. ENTREVISTADA:

A entrevistada é colaborante, estando um pouco chorosa ao longo da entrevista. Foram dados momentos de pausa e respeitados os silêncios, o desejo de continuar/ parar. Tem uma fragilidade física marcada (magreza) apesar de não apresentar dificuldade na mobilidade ou força (para segurar o cão de grande porte, por exemplo). Apresentação simples com bata florida, mas marcadamente bem penteada.

OBS. FINAIS:

Comentou no fim “É assim que vivo, nesta esperança de reencontro...que me consola” (suspira com sorriso).

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: N4(ocultada)08082011

<p>N4: Aquilo que mais lembro, são momentos que vivemos... momentos de um sofrimento dele...o que eu tinha de sofrimento meu, tive de me esquecer de mim, quando me obrigava, entre aspas...e sempre fui vê-lo, sempre. Estava presente...</p> <p>(A voz vai ficar distorcida e tudo, eu não sou nada assim – chorosa - para o lamechas, não é nada este o meu modo de estar)</p> <p>Claro, há saudades, mas não sou...não posso dizer que, há pessoas que se calhar encaram esta situação de maneira diferente daquela que eu encaro, e se calhar para si não lhe vai dar muito...</p> <p>E: A sua maneira é que me importa neste momento...</p> <p>N4: Se calhar não lhe vai dar muito...para aquilo que necessita, porque eu não sei se sabe, eles lá sabiam (na Unidade de C.P.) que eu sou testemunha de Jeová e nós, testemunhas de Jeová, temos um modo do ponto de vista da bíblia, de encarar as coisas, sobretudo a morte: Nós acreditamos que vai haver uma ressurreição, e que não vamos deixar de ver a pessoa para sempre, que não há um tormento de fogo, que não há um tormento nem de inferno nem de purgatório, que as pessoas nem vão para o Céu, simplesmente há um tempo de inactividade, em que a pessoa está a dormir num sono profundo, e essa certeza que nós temos, dá-nos um ânimo que se calhar os outros não têm.</p> <p>E: Então a religião suporta...</p> <p>N4: Não é a religião, é a bíblia...não me identifico com uma religião propriamente dita, identifico-me com aquilo que o Criador nos diz, através da bíblia, e de que ainda nunca me provou que ela estava errada. Há muitos que dizem que a Bíblia, cada um interpreta à sua maneira, mas nós, provamos, a Bíblia prova-se que ela se interpreta a ela mesma, portanto, se ela se interpreta, nós só temos é que segui-la, caso aceitemos as normas de um Criador, e essa parte, é claro que não sou uma saudosista, no aspecto de dizer “Ai, era assim”, não. Vivemos tempos bons, vivemos tempos difíceis, como qualquer pessoa, ambos trabalhámos, criámos as nossas filhas, casámos a mais velha (chora); e aquilo que eu sinto realmente, sinto a falta de uma companhia e sinto a falta de momentos. Por vezes dou por mim, a passar num sítio e a lembrar-me, como ele dizia, como ele fazia, sobretudo agora, desde que estava com Alzheimer, passássemos onde passássemos, ele dizia, “Nunca tinha visto isto”, havia muitas coisas deste género, tudo era uma novidade para ele. As vezes estou deitada e vejo, olho para a parede e ele via bichos à</p>	<p>RECORDAÇÃO DE MOMENTOS PARTILHADOS SOFRIMENTO DO MARIDO DOENTE DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA ACOMPANHAMENTO DOENÇA ATÉ MORTE</p> <p>CARACTERISTICAS PERSONALIDADE CHORO SAUDADES</p> <p>FE/ CRENÇAS/ RELIGIAO/ ESPIRITUALIDADE = ESPERANÇA DE REENCONTRO</p> <p>CONFORTO NA ESPERANÇA QUE A CRENÇA DÁ</p> <p>CRENÇA NA BIBLIA</p> <p>CARACTERISTICAS DE PERSONALIDADE RECORDAÇÃO DE VIDA CASAL (RELAÇÃO)</p> <p>AUSENCIA DA COMPANHIA</p> <p>AUSENCIA DE MOMENTOS PARTILHADOS</p> <p>RECORDA A DOENÇA</p>
---	---

<p>subir, e eu dizia-lhe: “Não M., está sossegado, eles já vão embora”. Acalmava ele, ele aceitava muito aquilo que eu lhe dizia. Sentia-se seguro, ele sentia-se muito seguro comigo. Tanto que uma vez lá em cima num lar, que eu pus uns meses num lar, porque eu tava numa fase de muito desgaste, eu não conseguia. Eu tava lá diariamente, no lar, e um dia, ele já estava muito doente, e as pessoas por mais que eu dissesse não entendiam: ele estava sentado no sofá e eles estavam a querer que ele se levantasse ou qualquer..., eu não cheguei a perceber, e ele tava a dizer, ele tava rodeado do enfermeiro chefe, e duas auxiliares, e ele tava a dizer, “Quando a minha mulher vier...” e nisto, ele olha para mim, como quem diz “vieste na hora certa para me socorrer” e disse “Olha, olha, olha, ela está ali”, e claro que a atitude deles foi totalmente diferente. Daí para a frente eu comecei a ter menos confiança, nos lares, ninguém me venha falar em lares porque os lares são todos horrorosos. Fazem uma cara à nossa frente, mas eu era uma pessoa que ia de manha, e a tarde, e a noite, eu estava muito presente. E depois há aquelas pessoas “Ai, se fosse hoje, eu tinha feito assim...”, não, eu fiz exactamente aquilo que... não me arrependo de nada daquilo que fiz nem da maneira como eu fiz. Tive pena foi, de nos últimos meses, eu já não conseguir, e não ter arranjado ninguém para aqui. Porque, quantas vezes ele ia para a Associação de A. E eu a segurar a minha barriga, e a dar-lhe banho, e a vesti-lo, e a arranjar-lo, pôr-lhe a comida à frente, isto foram longos cinco, seis anos.</p> <p>Já na fase em que eu tinha de o vestir, eu depois ia às reuniões, mas levava-o comigo às reuniões, e eu tinha que o despir e que o vestir, que ele punha dois pares de calças e já não sabia quem era quem, mas o cansaço era muito grande, por isso é que acabei por o por ali. E depois pronto, dali foi para as demências ainda um mês que não havia lugar para os paliativos na altura, alias, hoje, os trâmites dos papéis ainda não se tinham começado, ou alias, estado o tempo, que começar comecei tudo na mesma altura, demorou um mês certo, mas claro que... é a saudade. Ele dizia e fazia determinadas coisas que eu já não sabia, eu ia de médico para médico, já há muito tempo que ele tinha Alzheimer, e eu andei durante muito tempo de volta dos médicos, de todos, de todos, e ninguém me resolvia o problema. Um dia ele reforma-se, vem para casa e eu perguntei “Olha está aqui o cartão, agora é contigo”, e eu comecei a ver que ele reformou-se de qualquer maneira, apesar de ter os anos</p>	<p>RECORDAR A RELAÇÃO DO CASAL - SEGURA</p> <p>IDA PARA LAR INCAPACIDADE DE CUIDAR NA DOENÇA ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA</p> <p>AGRAVAMENTO DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>CUIDADOS DE EQUIPA DE SAUDE (LAR)</p> <p>RECORDAR A RELAÇÃO DO CASAL - SEGURA</p> <p>CUIDADOS DE EQUIPA DE SAUDE (LAR)</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA CONSOLO DE TER ACOMPANHADO</p> <p>LAMENTO DE NÃO TER FEITO MAIS (SAD)</p> <p>DOENÇAS PROPRIAS CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>AGRAVAMENTO DA DOENÇA</p> <p>EXAUSTAO DA CUIDADORA</p> <p>NECESSIDADE DE CUIDADOS INSTITUCIONAIS</p> <p>SAUDADE</p> <p>SINAIS DE DOENÇA E PROCURA DE DIAGNOSTICO</p> <p>REFORMA DO MARIDO</p>
--	---

<p>todos, ele abdicou de muitos direitos. Entretanto foi quando eu depois também comecei a ter os meus problemas muito graves, quando fui operada, depois tirei a bexiga, os ovários, o útero, eu estava com o cancro mesmo já...e os meus problemas, ao fim de um ano, eu depois já tinha cancro altamente maligno no rim, fui também operada, antes já estava na uretra, a saltitar de um lado para o outro, depois o intestino caiu-me todo, estava no fundo, entre o ânus e a vagina parece um esparguete. Tenho uma alimentação muito rígida, só macrobiótica, que eu não posso comer mais nada, porque se como é logo convulsões no intestino, que é horrível. E neste tempo todo, que tudo isto ia acontecendo, eu sempre cuidei dele, até que chegou aquela altura que eu já referi.</p> <p>Mesmo assim, ele ia para a Associação de A. e ia de táxi, vinha de táxi, durante ali algum tempo, alguns dois anos, o tempo que ele ia estava bem, porque fazia terapia de memória, e eu fiz sempre tudo para melhorar, tudo aquilo que pudesse beneficiá-lo. Até que depois chegou uma altura que, eu já não conseguia porque as operações eram sucessivas, eu sou a fragilidade que vê, em pessoa. E não conseguia arranjar ninguém, tudo dizia que vinha de dia mas depois, uns bocados, ninguém disponibilizava, as minhas filhas também cada uma delas tem a sua vida, os seus empregos, também não podiam abdicar deles, porque é mesmo assim, a vida tem de continuar, e eu sozinha fui sempre fazendo com uma pessoa a fazer-me as coisas, ali as limpezas que eu não podia, a Associação de A. apoiava-me mas depois metiam-se as férias, metiam-se os fins-de-semana e feriados, e eu sempre fui levando até que chegou aquela altura que...já não conseguia.</p> <p>E depois foi assim, quando eu depois pu-lo em princípios de Março de 2009, e ele a 26 de Março de 2010...é cadáver. Portanto foi uma decadência muito grande, que eu já não conseguia, cuidar dele, e também já não tinha capacidade para ir mais além, procurar mais, procurar, ver uma pessoa e nunca tive ajudas. Tive ajudas dos cuidados continuados, foram impecáveis, sempre, sempre, nunca vieram cuidar dele, mas a psicóloga de lá também que foi depois, e a assistente social, foi depois quem mexeu os pauzinhos para a casa...tanto que eu queria pô-lo noutra sítio, no H., mas sempre me foi direccionada a C. que eu agradeço muito. Para mim era demais...era, mas ele foi muito bem cuidado.</p> <p>Conheceu-me até cair em coma, as pessoas que lá iam ele não conhecia, mas a mim e às</p>	<p>DOENÇAS PESSOAIS - SOFRIMENTO</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO - ESFORÇO</p> <p>NECESSIDADE INSTITUCIONALIZAÇÃO</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>DOENÇAS PESSOAIS FRAGILIDADE FISICA</p> <p>PERCEÇÃO FALTA DE APOIO NOS CUIDADOS</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>PERCEÇÃO FALTA DE APOIO NOS CUIDADOS</p> <p>INCAPACIDADE FISICA PARA CUIDAR</p> <p>NECESSIDADE INSTITUCIONALIZAÇÃO MORTE</p> <p>AGRAVAMENTO DO ESTADO DE SAUDE INCAPACIDADE FISICA PARA CUIDAR</p> <p>PERCEÇÃO FALTA DE APOIO NOS CUIDADOS PERCEÇÃO BOM APOIO CUIDADOS SAUDE</p> <p>PERCEÇÃO BONS CUIDADOS DA EQUIPA INCAPACIDADE FISICA PARA CUIDAR</p> <p>AGRAVAMENTO DO ESTADO DE SAUDE</p>
--	--

<p>filhas sempre nos conheceu. E: A si e às filhas... N4: Houve às vezes às filhas que ele já baralhava, mas a mim não (chora). Sempre, sempre. Até depois teve quatro dias em coma, mas no último dia que ele viveu, pressentiu-me. Ele estremeceu, deu um esticão, durante a tarde em que eu lá estive. Depois ao fim de três horas, dá-me impressão que foi ele que teve um rasgo de memória, e que se apercebeu que eu estava ali, porque eu falei com ele. Depois disso pronto, era o cansaço que tinha ficado, e tudo aquilo que já referi, e que não é aquela dificuldade, que muita gente entende, eu como tenho uma esperança diferente, é para mim própria o que me traz de pé é esta esperança que em breve tudo vai passar. Da maneira como estamos não pode durar muito e isso de facto, dá-me garra, para me agarrar à vida. Não sei para quando, mas sei que um dia nos iremos ver, não como marido e mulher, mas um bom amigo, que vou receber da ressurreição daqui a quantos anos não sei, mas um dia há-de acontecer. E ele já perfeito, sem dor, sem demência, vai ser bom...e tenho essa esperança certa que isso vai acontecer, não é uma esperança vaga nem vã, é certa, porque é o que Deus promete, e essa esperança alimenta-me, a minha vida, a minha existência, o não sofrer tanto como provavelmente muita gente sofre em vão. Não sou uma pessoa que vou para a campa, arranjei o mais simples possível para que as pessoas não dissessem que eu não lhe ligava, porque eu já não é a ele que eu lhe fiz aquilo, é para os olhos dos outros, porque ele já não sente, não vê, não cheira, não pensa, não come, não dorme...está num sono profundo. Ah, Para que não...pus uma fotografia dele, pus... foi mais simples, pedrinhas, uma estrutura, fotografia, pus "Eterna saudade da tua esposa, filhas, na esperança (...)". Fui lá uma vez ou duas se tanto, porque não vou lá fazer nada... E: Não sente essa necessidade... N4: Não, não, não vou lá fazer nada porque o corpo está-se a desfazer, fiz tudo aquilo que podia enquanto ele sentiu, enquanto ele tinha a noção, e mesmo sem noção, eu fazia, enquanto ele teve vida, eu deixei de existir para mim para fazer o meu melhor, que ele podia ter E: Cuidou dele... N4: Os cuidados melhores, a melhor...nunca faltei um dia, com o lanche, com miminhos, nunca, sempre cuidei de todas as coisas, sempre fui ao quarto ver como as coisas estavam, sempre com os melhores agasalhos, a melhor roupa, sempre andei</p>	<p>RELAÇÃO DO CASAL (RECONHECER) PROXIMIDADE DA MORTE RELAÇÃO DO CASAL RELAÇÃO DO CASAL - MORTE CANSAÇO DE CUIDADORA ESPERANÇA DE TRANSCENDENCIA (CRENÇA) CONFORTO NA ESPERANÇA DE REENCONTRO ESPERANÇA DE REENCONTRO (TRANSCENDENCIA) ESPERANÇA (CRENÇA) COMO RECURSO NÃO VALORIZA CEMITERIO / RITUAIS OPINIAO SOCIAL (RITUAIS) IDA AO CEMITERIO (SEM SENTIDO) ACOMPANHAMENTO EM VIDA/ CUIDADOS DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA</p>
---	---

<p>com ele nos médicos, toda a gente me dizia e “Não, eu vou”, “Ah, mas para quê...?”, e “Não, eu vou” (...), sempre e estou tranquila, porque fiz exactamente aquilo que ele tinha necessidade na altura. Agora ele já não tem necessidade de mais nada. Por isso é que as memórias que vêm são exactamente essas que referi. São de saudade, de ver muita gente da minha idade e dele que ainda tem uma saúde de ferro e estão aí e que ele já cá não está. E que eu provavelmente em breve também irei. De resto, uns têm a felicidade de uma coisa, outros têm de outra, tenho que aceitar... é este o meu testemunho, não tenho outro, não tenho, não sou uma saudosista, “Era assim, era assado”, não. As coisas foram acontecendo, a doença aparece, ninguém tem culpa, há pessoas que sim, o fumo por exemplo pode ser as pessoas próprias a prejudicarem a sua saúde (...) as pessoas prejudicam a sua saúde por fumar (...) mas ninguém tem culpa da doença que aparece, por isso uns são felizes outros cortam a sua felicidade, quando trabalhamos uma vida inteira, depois reformamos e dizemos “Agora vamos fazer aquilo que até aqui estávamos impossibilitados por criar filhos, por ter empregos que se têm, por pagar casa... (por todas aquelas coisas que toda a gente tem, não é?), agora sim, agora nós vamos”, e vem a doença, instala-se de uma maneira que, corta as pernas e ninguém mais, vamos ter menos do que aquilo que tínhamos ate agora. É ali e pronto, e vem a morte e acaba com tudo, mas não posso pensar que sou a única, porque há “n” situações se calhar pior que a minha, não sou uma coitadinha, nunca gostei (...) sempre de cabeça erguida, em todos os momentos, e olhe Dra. Aquilo que pude fazer, sempre, sempre, sempre, fiz.</p> <p>Por isso, olho para trás se calhar durante a minha vida, eu tenho coisas que se calhar, se calhar na educação das minhas filhas, que podia ter feito assim ou assado (...) para agora ter situações diferentes (...) e pronto, muito mais do que isto vou-me repetir (...)</p> <p>Resumido, este tempo de sofrimento dele e para mim, resumido foi assim, foi de facto um tempo difícil, foi cruel, quer para ele quer para mim, para ele porque sofria, para mim porque o via sofrer, e porque não podia fazer mais nada. Era aceitar. Normalmente ali na C.S.I. eu criei o mesmo estilo que fazia no lar, ia dar o almoço ou ia dar o lanche, ou lhe dava o jantar...o ultimo jantar fui eu que lhe dei, e eu levava-lhe sempre sobremesas, aqueles pacotinhos da cerelac, e uns outros que há na farmácia que eu não sei, não me lembro o nome, levava sempre e a freira lá dizia para não levar tantos, porque depois, levava-lhe</p>	<p>CONFORTO DE TER SIDO CUIDORA</p> <p>RECORDAÇÕES DE VIDA DE CASAL SAUDADE LAMENTO PELA MORTE MARIDO</p> <p>MORTE PESSOAL</p> <p>ACEITAÇÃO</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS</p> <p>RECORDAÇÃO DE VIDA CONJUNTA</p> <p>FUTURO IMAGINADO</p> <p>FUTURO IMAGINADO</p> <p>ACEITAÇÃO DA MORTE = FATALIDADE</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS</p> <p>DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA</p> <p>SOFRIMENTO DO CASAL NA DOENÇA</p> <p>RESIGNAÇÃO/ ACEITAÇÃO DOENÇA</p> <p>ACOMPANHAMENTO ATE FIM DE VIDA</p>
--	--

<p>gelatina, arroz doce, e no último (...) tinha-lhe levado um tamperwer de gelatina. E o jantar era, foi um domingo, era, uma sopa com carne passada, levei a almoçadeira e ele comeu com gosto, que ele as vezes já não comia muito bem, e disse "O M. tu queres mais?" "Se houver", eu fui à cozinha e disse, "Olhe por favor, volte-me a dar a mesma quantidade, porque parece que ele quer. Não sei se ele vai comer se não, mas pelo menos eu fico descansada" (...) e as senhoras deram-me e disseram "Se quiser mais venha buscar" e eu voltei, e dei-lhe e ele comeu com o mesmo prazer (...) e quando ele acabou eu disse "M. queres mais?", e ele disse-me "Não, agora até nem era melhor" e eu achei muito bem disposto, e muito falador, e coisas muito acertadas. No dia seguinte quando lá cheguei, já tinha entrado em coma, e estive assim até sexta. Sexta-feira às oito da noite. Estas passagens ficam marcadas e outras, que se iam passando ao longo destes tempos, mas sei que apesar de tudo, ele ate ao último momento que não entrou em coma, ele sempre que eu entrava era como uma lufada (de ar) na vida dele (...) tanto que apesar de tudo, ele sempre me conheceu, sempre. Sempre e sentia que ele se sentia seguro sempre que eu estava, parecia que o deixava seguro e mesmo aqui em casa ou em qualquer lado, era a pessoa em que ele mais confiava. Era em mim porque sentiu apoio provavelmente, que eu dava, que eu estava sempre presente em todo o lado e até antes de eu o por no lar, quando vinha da associação, ele mandava parar o carro lá atrás e ia para os caixotes do lixo, apanhava muito lixo, tudo era bom para ele, chegava-me a casa com as mãos todas sujas, depois andava a procura dele, depois ligava para a Associação de A., houve alturas que foram muito cruéis, muito cruéis, foi tudo muito...foram uns anos de muito, muito desgaste, mas sempre tentei fazer o meu melhor, e isso deixa-me bem comigo mesma...porque eu não sabia fazer melhor do que aquilo que fiz. E olhando para trás, há ano e meio que já faz (Março, Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto), vai fazer ano e meio para o mês que vem, no fim do mês que vem, eu ainda não encontrei outra maneira de poder ter levado o acompanhamento na vida dele como eu fiz, até ao fim. Provavelmente porque estou bem, estou em paz. Há pessoas que dizem que sonham, que isto, aquilo, eu não, quer com ele, quer com a minha mãe, também fiz tudo o que pude por ela, e o que não pude, também com o meu pai, a mesma coisa. O meu pai faleceu o ano passado em Agosto, a minha mãe já tinha falecido, já la</p>	<p>RECORDAR O FIM DE VIDA/ MORTE</p> <p>RELAÇÃO BENÉFICA PARA DOENTE</p> <p>RELAÇÃO: RECONHECER ATE AO FIM RELAÇÃO: SEGURANÇA</p> <p>RELAÇÃO: APOIO</p> <p>AGRAVAMENTO DA DOENÇA</p> <p>SOFRIMENTO CASAL NA DOENÇA</p> <p>EXAUSTÃO DE CUIDADORA SENTIR QUE FEZ O MELHOR DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA</p> <p>TEMPO DESDE A MORTE</p> <p>SATISFAÇÃO DOS CUIDADOS QUE DEU</p> <p>CONFORTO DE TER CUIDADO/ COMPARAÇÃO SOCIAL</p> <p>PERDAS ANTERIORES</p> <p>MORTE RECENTE</p>
--	--

<p>vão oito anos. Agora faleceu a minha irmã. Deitou-me muito abaixo, porque ela...exactamente quem me vê, via a ela e foi muito rápido, as metástases....um avanço muito rápido. Ficou bem do intestino, não lhe chegaram a tirar o saco, mas estava tudo bem, mas depois as metástases, nos pulmões, depois passou para o fígado, depois para a vesícula, pronto...e foi num mês que eu me apercebi que as coisas estavam...e foi muito cruel, porque foi assim um balde de água fria, daí eu estar agora tão fragilizada, numa altura de lamechices...mas olhando, foram muitas coisas ao mesmo tempo, daí eu estar com estas...mas não é este o meu jeito de estar. É bem mais certa. Mas Jesus também era perfeito e chorou. Quando Lázaro morreu, ele também chorou, apesar de saber que o ia ressuscitar. E pronto, encerramos aqui agora. (Choro)</p>	<p>FRAGILIDADE</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS</p> <p>REF. CRENÇA</p>
---	---

RESUMO DE TEMAS N4:

1. Recordação da relação do casal (vs. Ausência), Saudade
2. Recordação do percurso da doença e sofrimento do marido e da própria, até à morte
3. Acompanhamento como cuidadora durante a doença (Desgaste do esforço vs. Conforto)
4. Referência de recurso espiritual no processo de luto: crença na Palavra da Bíblia = Esperança (Reencontro na ressurreição/ transcendência).
5. Percepção de cuidados de equipas e instituições – valorização positiva e negativa/ ausência de apoio
6. Referência sofrimento e a doenças físicas pessoais (cancro) e fragilidade física/ vulnerabilidade face a morte
7. Referência ao modo como os outros (social) vêem o seu “luto” – rituais fúnebres sem significado pessoal genuíno
8. Referência a Aceitação/ inevitabilidade da morte/ Fatalidade vs. Lamento pela morte do marido face ao futuro imaginado
9. Referência a recursos pessoais de personalidade no processo de luto
10. Referência a perdas pessoais anteriores e recentes

Obs. Cão presente, chorosa ao longo da entrevista

7. APENDICE - Ficha síntese e transcrição entrevista N5

Realizadas por: Lúcia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA: (ocultada)		
DATA: 28-09-2011		
LOCAL DE ENTREVISTA: domicílio da entrevistada		
HORA DE INICIO: 19h	HORA DE FIM: 21h	DURAÇÃO: 120 minutos

IDADE: 80 anos
DATA DE MORTE DO CONJUGUE: 01-12-2010 (9 meses)
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS): 60 anos
ORIENTADA (REQ. OBRIG.): OK

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

Entrevista realizada a sós na sala: ampla, mas sem iluminação (apenas um candeeiro de presença ligado).
Sentámo-nos frente a frente a seu pedido (para que ficasse no sofá e eu na cadeira onde o marido costumava ficar a conversar com ela).
Estão dispostas nas estantes fotografias da família e do falecido (que a entrevistada observa muitas vezes ao longo da entrevista).

OBS. ENTREVISTADA:

A entrevistada é colaborante (partilhando de forma crescente a sua experiência), e tem uma boa capacidade de expressão.
Emociona-se assim que inicia a entrevista e permanece emocionada quase até ao fim da entrevista (com oscilações conforme a experiência partilhada).
Foram dados momentos de pausa e respeitados os silêncios, o desejo de continuar/ parar.
Apresentação simples mas marcadamente bem penteada. Veste-se de negro.
Aparentemente sem dificuldade de mobilidade, ainda que saiba que actualmente está em fisioterapia (condicionante do horário da entrevista).

OBS. FINAIS:

Comentou no fim "Soube-me muito bem, deitei cá para fora. É a minha história".
A meio da entrevista mostrou-me o livro da cerimónia fúnebre com as dedicatórias das pessoas próximas do falecido (amigos e família).

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: N5(ocultada)28092011

<p>N5: Para lhe dizer a verdade eu, nunca me tinha... (comove-se e chora por um momento) Desculpe ... é muito difícil.... (suspiro), eu conversava...foi uma vida inteira. Eu conheci o meu marido tinha 7 anos e ele 12. Ele veio da terra, eu sou de Lisboa, ia visitar de vez em quando, para ir para uma mercearia do tio, vinha visitar aquela tia e madrinha que era minha vizinha, e nossos amigos que moravam lá numa moradia acima da nossa. Na altura, eu lembro-me perfeitamente como se fosse hoje, como ele era quando era miúdo, e lembro-me que lhe disse assim “Não queres vir brincar?” e ele não respondeu. E disse para as primas “Não gosto nada do teu primo”. Ele não responde, que eu sempre fui muito faladora desde miúda. Depois foi ao longo...e dado que eu vivi ali 57 anos, fomos...ele de vez em quando ia a casa da tia, ia ver a avó e não sei quantos e eu lá o via, mas, não falava, andava lá com as outras e com as primas na brincadeira, eu não lhe ligava nenhuma. Até que, quando eu tinha 15 anos, ele era, ele tinha 20 anos, e eu 15, ele foi lá, nós fazíamos ali no bairro aqueles bailes de Santo António, de S. João, aquelas festas, os arraiais, nós fazíamos isto, ali em grupos, os rapazes e as raparigas do bairro, que eram 220 moradias, todos crescemos como irmãos, não é? E então ele pediu-me namoro e eu “Ai não, eu...”, eu trabalhava no Chiado, numa casa francesa, sou modista de profissão, eu disse “Ai não, Deus me livre, eu não quero, olha, para já, eu não quero namorar, muito menos casar, porque eu sei o que a minha mãe passa, Deus me livre, não tenho paciência para aturar homens, eu quero ser feliz, quero brincar e quero dançar e quero...quero viver a vida sem preocupações, trabalhando e...” e eu disse “Sou muito nova, nem pensar, não me atrevia a pedir aos meus pais autorização para o efeito” (Ri) e disse “Alem disso eu vou-te contar uma coisa...”, porque a gente tinha alguma confiança do “Olá, como estava, ia ver a tia, ia ver o tio” e até havia na altura uma moda que era o “Sim ou não”, a gente perguntava a um rapaz “Sim ou não?”, pela altura da Páscoa, e eles também nos perguntavam a nós, se ele dissesse “Sim” na Páscoa tinha que nos dar amêndoas, e eu tinha-lhe feito isso a ele já há algum tempo atrás e ele já dizia que era meu padrinho, já havia uma aproximação, e eu disse “Olha, é assim, eu vou atrás das minhas colegas, elas vão de braço dado com o namorado, o namorado vai fardado, as botas cheias de carpas, pelo Chiado abaixo, é cada “espalhanço”, vão os dois ao mesmo tempo, com o “rabisosque” para o chão, eu quero ver se elas não se riem atrás de mim” e pronto,</p>	<p>EXPERIENCIA NÃO COMPARTIDA CHORO DIFICULDADE RELAÇÃO COM MARIDO (CONVERSAR) RECORDA A HISTORIA DE NAMORO E CASAMENTO</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS PERSONALIDADE</p> <p>RECORDAÇÃO INFANCIA E JUVENTUDE</p> <p>DESCRIZAÇÃO ROMANTICA DO CASAL</p> <p>HUMOR PESSOAL (RI)</p>
--	---

<p>ficou assim, ele disse “Então é muito cedo...então eu para a tropa, já agora não quero que caias no Chiado comigo”. Disse eu “Ai não, eu também não quero”. “Quando eu vier da tropa”. E assim foi. Eu depois tive muito tempo que não o vi. Não era que me faltassem pretendentes, que não faltaram e ele conheceu-os, parte deles eram meus amigos, amigos de infância...mas eu de facto...há qualquer coisa que...é assim.</p>	<p>RECORDAÇÃO INFANCIA E JUVENTUDE</p>
<p>Como é que eu hei-de explicar: há qualquer coisa que nos marca, assim como “é aquela linha que vais seguir” e escusa-se de pensar mudar que não vale a pena. Eu tinha tanto rapaz que gostava de mim, sempre tive uma tendência para pessoas mais velhas, e a minha mãe tinha um medo que me raptassem, que até me ia esperar à estação com medo, porque de vez em quando sabia que andava algum rapaz atrás de mim e eu não queria e por causa de eu não querer a minha mãe tinha medo, que eu não desse atenção ao rapaz e que me fizesse algum mal.</p>	<p>CRENÇA EM RELAÇÃO PREDESTINADA</p> <p>PROTECÇÃO DA MAE</p>
<p>De maneira que entretanto, eram os Santos Populares, e eu nunca, ele diz que me via, mas eu nunca o vi fardado, nunca. Eram os santos populares e nós estávamos, tínhamos feito uns vestidos, eu e as primas que por sinal eram minhas colegas no atelier, uns vestidos de um papel, que ainda hoje se fazem as flores, destas terras que enfeitam com papel...um papel todo “franzidinho”...</p>	<p>ACTIVIDADE LABORAL PESSOAL</p>
<p>E: Não é o papel crepe? N5: Sim, é isso, que é elástico, não rasga e nós fizemos vestidos até abaixo, parecíamos que íamos a entrar numa marcha porque naquele tempo havia marchas também, e uma flor, tinha os cabelos grandes, uma flor no cabelo, todas muito giras, eu era danada para a brincadeira, e adorava dançar, e no clube do meu bairro que era F. (...), era lá que o meu pai me deixava ir e eu aí tinha os pares todos que eu queria, quanto melhor dançassem, mais que queria dançar com eles, e eu tinha oportunidade de escolher (ri). Estávamos lá então todos na boa festa, e nisto diz assim uma prima dele “Olha vem ali o...vem ali o meu primo” e eu olhei, era ele. Disse eu “Ó vem ao baile”, mas naquela brincadeira, tava longe de pensar...e ele chegou, a rir-se, todo muito...muito jeitoso, e era. E depois quando começou a música, foime buscar para dançar, e diz-me assim “Então, continuas à minha espera?”, “Eu não, nunca te prometi nada, eu não estou a espera de ninguém”, “eu é que estou à espera que tu digas Sim” e eu disse “Ai meu Deus, mas eu não quero namorar, eu sou muito nova, só tenho 17 anos, não quero”, ele disse “Não, eu</p>	<p>RECORDAÇÃO INFANCIA E JUVENTUDE: BELEZA E DIVERTIMENTO</p> <p>PROTECÇÃO DO PAI</p>
<p>“Então, continuas à minha espera?”, “Eu não, nunca te prometi nada, eu não estou a espera de ninguém”, “eu é que estou à espera que tu digas Sim” e eu disse “Ai meu Deus, mas eu não quero namorar, eu sou muito nova, só tenho 17 anos, não quero”, ele disse “Não, eu</p>	<p>RECORDA CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>DESCRIZAÇÃO ROMANTICA DO CASAL</p>

<p>já estou livre da tropa, já não estou para esperar mais tempo, se não tens nenhum compromisso, eu, a minha promessa mantém-se de pé”, “Tu não me prometeste nada”, “Então não te disse que quando viesse da tropa vinha à tua procura?”, ele. Pronto, nesse dia foi muito giro porque nós também era um tempo em que as coisas todas eram feitas sem maldade nenhuma, muito mais puros, muito mais abertas, e as nossas mães também estavam todas por ali sentadas, a falarem umas com as outras, as mães e alguns pais, e eu, a minha mãe e o meu irmão, andávamos ali naquela roda, éramos três, e nisto ele, eu disse “Está bem, então vais falar com o meu pai” e ele deu-me um beijo. E a tia dele estava sentada ao lado da minha mãe (eu sei que a minha mãe depois contou-me), e disse “Ai E., então não é que o meu sobrinho deu agora um beijo à M.J.” e a minha mãe disse-lhe assim “Coitado, a paciência que ele tem tido para esperar por ela” (ri-se muito/ pára depois a chorar). (Eu vou pedir desculpa que eu sou chorona, não sou capaz de viver as emoções assim, a frio. Não sou capaz.)</p> <p>E pronto, depois foi falar com o meu pai, o meu pai também o conhecia, claro que deixava. Namorei. Comecei a namorar tinha...tinha feito 17 anos em Maio, e ele tinha acabado de fazer vinte...tinha feito 23...ia fazer, isto era Santo António, ele ia fazer, fazia na véspera de S. João, 23. De maneira que namorámos...e foi um namoro assim muito familiar, os meus pais...eu nunca namorei a janela, os meus pais conheciam-no, desde garoto, quando eu...os meus pais até o focavam melhor do que propriamente eu porque eu como, sei lá, não tava nada a espera de namorar aquele ou outro que fosse.</p> <p>E então depois namoramos, casámos, casámos em 1950, portanto faz agora no dia 8 de Outubro, 61 anos. Agora eu atravesssei uma vida, foram 73 anos, desde os 7 até aos 80 que eu tenho, 73 anos sempre naquela linha.</p> <p>Passámos, trabalhámos muito, sempre trabalhei ao lado do meu marido, nunca fui, também não é do meu feitio, viver assim, à espera que alguém me conduza, que é para ali, não. Eu neste momento também estou só porque eu quero. Porque eu podia estar com o meu filho, só tenho um filho, não vive cá, vive no Alentejo, o meu neto é que vive cá mas também está a trabalhar fora, mas eu, quando falava aqui com o meu marido...o meu marido nunca se referiu uma só vez, a dizer assim “Se eu for à tua frente, o que é que tu pensas fazer da tua vida?”, nunca me</p>	<p>SAUDOSISMO DO TEMPO PASSADO E VALORES DA SOCIEDADE</p> <p>DESCRIÇÃO ROMANTICA DA RELAÇÃO</p> <p>EMOÇÃO/ CHORO (A RECORDAR)</p> <p>CARACTERISTICA PESSOAL: EMOCIONAR-SE</p> <p>HISTÓRIA DA RELAÇÃO</p> <p>ANOS DE RELAÇÃO</p> <p>ANOS DE VIDA CONJUNTA/ PREDESTINADO</p> <p>TRABALHO EM CONJUNTO</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS</p> <p>VIVER SOZINHA (ESCOLHA) / APOIO FAMILIA</p> <p>ANTECIPAÇÃO DE VONTADES MUTUAS: CARACTERISTICAS DO MARIDO</p>
---	--

<p>perguntou, nunca teve a coragem. Não era que não lhe passasse pela cabeça, mas não tinha coragem. Agora eu, eu dizia-lhe assim "se eu for à tua frente, o que é que tu pensas fazer?" e ele disse "O que é que eu penso fazer? Penso ficar aqui na nossa casa" e eu dizia "Então fazes assim mandas lavar a roupa...", eu ensinava-lhe as coisas todas, mas ele nunca me disse assim "Então e se for o contrário, como é que tu pensas?", não. Quando eu lhe dizia assim ele dizia "Eu posso estar descansado porque tu, tu tens capacidade para resolver os problemas, porque quem me dera a mim ter a tua memória". Ele era um bocadinho...ele também se apoiava muito na minha memória, percebe? Como eu tinha facilidade, assim escusava ele de se cansar, e ele também fazia tudo para não me cansar. Então nunca falou, só dizia que iríamos ficar na nossa casa até podermos, ele dizia "Se algum dia me visse sozinho, eu ia para os Inválidos do Comercio", o meu marido era comerciante e sócio e eu também sou, era a única coisa, e eu tenho a certeza, tenho a certeza absoluta se o meu marido tivesse ficado no meu lugar, se fosse eu que tivesse partido, o meu marido não tinha capacidade para resolver as coisas que eu resolvi. Eu resolvi-os porque eu sou uma pessoa...primeiro, eu acho que todos nós devemos andar na vida a aprender, não é só o que dão nas universidades, nós aprendemos no dia-a-dia. Eu sou uma pessoa que falo com toda a gente e ao falar, eu ensino e aprendo, não sou pessoa para me fechar, quando eu sei de alguma coisa que possa ser prestável (aponta o gravador), eu estou lá, a ajudar e se me ajudarem a mim muito agradecida.</p> <p>De maneira que é...e então, tenho a certeza que o meu marido nesta situação, ele mesmo mal, nunca teve coragem de me falar, que me ia deixar só. Só me disse, o meu marido quando adoeceu, fez dois anos em Junho, que soubemos que ele tinha um tumor no intestino, fez quimioterapia, resultou bem, mas acontece que um ano depois, portanto fez agora também um ano, o meu marido era uma pessoa que era muito habilidoso, e gostava muito de mexer na terra, e então há ali um jardim ali para trás, e ele costumava ir passear até lá, falar com o velhote, o jardineiro que toma conta daquele canteiro, e conversavam, o meu marido também era aparentemente um rapaz novo, mas não deixava de ser uma pessoa de idade, e então naquele dia foi tantas vezes lá que eu, "Ai meu Deus"...antes de almoço foi duas vezes, depois de almoço, depois de dormir a sesta estava aqui nessa cadeira e "Olha filha, sabes</p>	<p>ANTECIPAÇÃO DE VONTADES MUTUAS: CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>RELAÇÃO COM O MARIDO (MATERNALISMO, CUIDADORA)</p> <p>RELAÇÃO DO CASAL – VALORIZAÇÃO PESSOAL</p> <p>RELAÇÃO DO CASAL: DEPENDENCIA/ APOIO E PREOCUPAÇÃO MUTUAS</p> <p>ANTECIPAÇÃO DE VONTADES MUTUAS: FICAR EM CASA VS. INSTITUIÇÃO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS/ FILOSOFIA DE VIDA</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS/ FILOSOFIA DE VIDA</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS/ FILOSOFIA DE VIDA</p> <p>RECORDA DIAGNOSTICO</p> <p>RELEMBRA TRATAMENTOS</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>GOSTOS DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>HABITOS/ ACTIVIDADES DO MARIDO</p>
---	---

<p>uma coisa, vou mais uma vez ali ao pé do velhote...” (vou buscar um lenço para mim, peço desculpa que eu sou uma chorona) ... e eu disse para ele “Fazes bem, vai”, mas o que é certo é que ele nunca mais vinha, e eu comecei a ficar assustada, nisto, ouço mexer a chave à porta, e vejo o meu marido com o queixo aberto, a queixar-se muito do peito, uma perna deitada abaixo, mal...eu assim “Ai meu Deus, o que é que te aconteceu?” eu pensei que tinha ficado atropelado, e ele disse “Olha, vê lá tu bem, estava lá com o velhote tão bem, depois disse-lhe a ele vou-me embora, a minha mulher deve estar ralada. Tinham posto uma corrente a vedar aquele espaço, a corrente estava assim eu não a vi, enfiei lá o pé e vim por ali abaixo”.</p>	<p>CARACTERISTICAS PESSOAIS (CHORO)</p>
<p>Essa queda foi fatal, porque veio despoletar o problema que ele tinha, que estava naquela fase de amadurecimento, era só no fim do ano é que ele ia fazer radio (terapia), para cicatrizar bem. Tava bem, tinha sintomas, tudo bem. A partir daquele dia andou-se a tratar dos ferimentos, tudo bem, depois começou a fazer febre, depois aquela febre não se descobria de onde era, depois constantemente a caminho do Hospital A., depois chegava lá, montes de exames, montes de exames, não havia nada, teve lá em observações, vinha-se embora, não descobriam, até que um dia, eu vou com ele para as urgências outra vez e era um Domingo e nesse Domingo mandaram-no fazer outra radiografia ao lado do fígado e ele saiu de lá e veio o doutor à porta e disse “Então não tem nada, não se vê nada”, mas o medico deve ter ficado a ver melhor as coisas, e nós já vínhamos por ali fora para virmos embora, e o Sr. “Ó Sr. D.”, “Diga Sr. Dr.”, “Não se importa de vir aqui? O Sr. Deu alguma queda?” “Eu dei uma queda? Eu desde que dei essa queda não deixei de vir aqui ao Hospital”, “Ah, então vamos ali outra vez que agora é que descobri que o Sr. Tem uma fractura e era a fractura”. As costelas do lado direito ofenderam-lhe o fígado, por isso ele até perdia...fazia o chichi cor-de-rosa. Aí ficamos assustadíssimos não é? De maneira que depois teve ainda dez dias internado, com antibiótico e mais umas quantas coisas, ele, o meu marido não era...o meu marido era assim, gostava muito de conviver, mas nos hospitais não gostava de estar numa enfermaria, tudo lhe fazia confusão, o gemidos, os barulhos, as visitas, isto e aquilo, e depois um dia cheguei lá com o meu filho, o meu filho veio logo para cá assim que o pai ficou internado passou do S.O. para a enfermaria porque tava mal, tinha muita febre para estar em casa, chegámos lá, ele já</p>	<p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p>
<p>Aí ficamos assustadíssimos não é? De maneira que depois teve ainda dez dias internado, com antibiótico e mais umas quantas coisas, ele, o meu marido não era...o meu marido era assim, gostava muito de conviver, mas nos hospitais não gostava de estar numa enfermaria, tudo lhe fazia confusão, o gemidos, os barulhos, as visitas, isto e aquilo, e depois um dia cheguei lá com o meu filho, o meu filho veio logo para cá assim que o pai ficou internado passou do S.O. para a enfermaria porque tava mal, tinha muita febre para estar em casa, chegámos lá, ele já</p>	<p>RELEMBRAR O DIAGNOSTICO INESPERADO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p>
<p>Aí ficamos assustadíssimos não é? De maneira que depois teve ainda dez dias internado, com antibiótico e mais umas quantas coisas, ele, o meu marido não era...o meu marido era assim, gostava muito de conviver, mas nos hospitais não gostava de estar numa enfermaria, tudo lhe fazia confusão, o gemidos, os barulhos, as visitas, isto e aquilo, e depois um dia cheguei lá com o meu filho, o meu filho veio logo para cá assim que o pai ficou internado passou do S.O. para a enfermaria porque tava mal, tinha muita febre para estar em casa, chegámos lá, ele já</p>	<p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p>

<p>estava lá há uns dias, e diz assim para mim a chorar, de mãos postas. O meu marido era um homem que não manifestava a sua fé, mas tinha como as outras pessoas, e então pediu-me por tudo que eu o trouxesse para casa porque queria morrer... (chora) "Levame para casa que eu quero morrer ao pé de ti e do nosso filho" (chora). Eu disse-lhe que sim. E falei, esperei pela médica e disse "Dra. Eu quero levar o meu marido" e ela "É que esta temperatura Vai e vem, vai e vem, o chichi todos os dias fazemos análise, não tem infecção urinaria, mas isto vem de qualquer lado". Eu já não era capaz de achar bem. Ela (...) "pró bem e pró mal vou levá-lo" (chora). O meu filho veio, tinha ido não sei aonde. Chegou e eu "Vamos levar o pai" pronto, chamámos uma ambulância, a Dra. Passou tudo e viemos para casa. Teve aqui em casa aí uns oito dias e eu devo dizer-lhe que a doença do meu marido... e eu pergunto, quem foi? Alguém me deu força para lhe pegar... (chora) força para tudo... eu pegava nele para lhe dar banho, para o por a fazer chichi e tudo, e ele assim, "Ai, tu não vais aguentar, não vais aguentar", "Aguento deixa-te estar sossegadinho". Vinha o médico, vinha a nossa médica de família, psicóloga dali do centro de saúde, os enfermeiros, toda a gente vinha visitar-nos a casa. E um dia diz-me ele assim, o meu filho tinha ido a casa dele, mas voltou, teve sempre, nesta fase difícil o meu filho teve sempre por perto, mesmo que algum dia tivesse que ir a casa, tinha que ir, mas, (e mora no Alentejo como já disse), mas vinha logo... e diz assim: "Olha, diz ao nosso filho que venha, e ele vai fazer uma coisa, vai ver se arranjas um Lar, mas vou-te dizer como é, eu só vou para o Lar se tu fores comigo. Sozinho não saio daqui" e eu disse "Nem eu te deixava ir sozinho, mas um lar? Não filho, por amor de Deus, um lar não, não nos querem num lar assim, mas olha, eu vou falar com a Dra., vou-lhe ligar". Liguei para a minha médica e ela, "Olhe, eu inscrevi o Sr. J. nos cuidados paliativos mas os serviços médicos do C. já sabe como é, as pessoas morrem e uns meses depois"... e assim foi, quatro meses depois de o meu marido ter falecido chamaram-no para ser internado, na casa onde o meu marido faleceu. (suspiro). Então é assim, o meu filho veio e eu disse "O pai está a ver, ele cada vez me pode facilitar menos os movimentos, tu também tens a tua vida, não podes estar todas as noites aqui..." e eu, eu já não dormia, estava a toda a hora, quando se tem um doente numa fase daquelas, ou geme, ou vira-se ou quer os comprimidos, ou quer água, ou quer leite, ou quer chichi, ou quer, há sempre uma coisa,</p>	<p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>RELEMBRA DESEJO DO MARIDO VIR PARA CASA/ CHORO</p> <p>RECORDA QUE O MARIDO ANTECIPOU A MORTE</p> <p>DECISAO DE LEVAR MARIDO PARA CASA. CHORO. APOIO DA FAMILIA</p> <p>SOFRIMENTO NA DOENÇA</p> <p>CRENÇA/ ESPIRITUALIDADE</p> <p>ESFORÇO COMO CUIDADORA</p> <p>RELAÇÃO DE PROTECÇÃO DO MARIDO</p> <p>APOIO DE EQUIPAS DE SAUDE</p> <p>APOIO DO FILHO</p> <p>RECORDA DESEJO DO MARIDO IR PARA LAR COM A ESPOSA – PARTILHA DE VONTADE</p> <p>APOIO DE EQUIPA DE SAUDE</p> <p>MORTE DO MARIDO</p> <p>EXAUSTAO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</p> <p>EXAUSTAO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</p>
---	--

<p>não venham...a mais, e eu nem nunca me queixei nem nunca me custou nada fazer isso! (Chora)</p> <p>Então, eu telefonei para vários lados, não tinham vagas, outros também o H.L. a gente fala para aí, é uma loucura, os preços são uma loucura (...) pediram-me um dinheiro que era impossível, dois reformados podermos pagar. Isto que eu tenho (aponta para casa) é o produto de uma vida de trabalho, não herdei anda, não roubei nada, nunca ninguém me deu nada, foi trabalhar noite e dia, ele e eu. Trabalhámos sempre noite e dia. Digo eu assim, bem, dizia eu para o meu filho "Nem que a gente tenha que hipotecar a casa" e o meu filho "Não, não vai ser preciso, vamos tratar". E então comecei e a minha mãe, há 22 anos tinha estado ali na I. e eu assim, "Ai, vou telefonar para a I. " mas ninguém me tinha dito que tinham paliativos, mas não sei porquê eu fui lá parar, e perguntei e disseram-me que sim, que tinham e eu disse "Ah, é que eu tenho um doente, assim e assim e que está a ser tratado no H., a Dra. T. já está a administrar um tratamento mais violento, mas eu, sou eu, não tenho mais ninguém em casa"...o meu marido não queria cá ninguém em casa, só queria estar a família, e eu com ele. Ele tentava ajudar tudo só para eu não ter que por aqui outra mulher, uma empregada, uma enfermeira ou quem quer que fosse para ajudar. Ele era uma pessoa à antiga e gostava de estar assim. De maneira que telefonei para lá, marcámos a reunião logo para o dia seguinte, aceitámos as condições que, devo dizer, comparado com o que vai por este mundo fora, os serviços que prestam, não têm preço ... porque ... (...) é muito dinheiro para quem ganha a reforma mínima mas é muito pouco para quem sabe o que custa noite e dia como eu sei.</p> <p>Eu fiquei lá, fiquei naquele sofazinho que estava ao lado, não me custou nada, a I. que afinal vim a saber que já a conhecia há 22 anos porque a minha mãe tinha lá estado na Q. e ela era enfermeira lá, naquele tempo não havia estes cuidados, era só doentes mentais, mas eu disse "Ai eu conheço a I.", "Ai eu também a conheço a si", eu sou assim, eu qualquer coisa nunca mais me esqueço da cara delas, eu conheço as pessoas, por isso é que o meu marido achava que eu tinha uma super memória, não sei. E fico eternamente grata a quem me trata bem...de maneira que lá fomos, o meu marido foi para lá, aceitamos. Porque é assim "Vão-se os anéis, fiquem os dedos", só que o meu marido estava já a fazer um tratamento, que mesmo estando ele a fazer o tratamento que a Dra. T.</p>	<p>GOSTO NO CUIDAR CHORO</p> <p>RECORDA EXIGENCIA FINANCEIRA PARA ACESSO A CUIDADOS</p> <p>RECORDA VIDA DE TRABALHO PARTILHADA</p> <p>APOIO DO FILHO (GESTAO FINANCEIRA)</p> <p>DESEJO DO MARIDO EM MANTE-LA COMO ÚNICA CUIDADORA</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>IDA PARA UNIDADE CUIDADOS PALIATIVOS</p> <p>SATISFAÇÃO COM CUIDADOS DA UNIDADE ESFORÇO FINANCEIRO - CUIDADOS ESFORÇO COMO CUIDADORA</p> <p>ACOMPANHAMENTO EM FIM DE VIDA DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA</p> <p>VALORIZAÇÃO DA EQUIPA DE SAUDE</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS – VALORIZAÇÃO DO MARIDO SENTIMENTO DE GRATIDAO COM EQUIPA</p> <p>ESFORÇO ECONOMICO PARA INTERNAMENTO</p>
--	--

<p>recomendava e que era cumprido à risca, mas havia outros valores, como por exemplo, o meu marido lá ainda chegou a ir tomar banho sozinho comigo. Lá disseram logo, “É melhor o Sr. D. não fazer esforços, deixe-se lá estar sossegadinho”, sabem que a doença, cada dia, é sempre um passo mais a frente, muito embora a gente chegue a ter a ideia de que...olha se for assim mais uns anos ainda, não faz mal, mesmo que aquilo durasse mais uns anos eu não me importava, ficava sempre ali (...) queriam que eu dormisse no quarto ao lado, eu nunca quis, que eu viesse para casa, achavam um disparate, eu nunca vim, o meu filho queria ficar no meu lugar, eu nunca deixei, a minha nora a mesma coisa, eu nunca deixei. O meu marido ...ali era eu. (Chora).</p> <p>E assim foi, ali ficou. Gostou muito de lá estar...</p> <p>Nós recebemos lá até a minha médica de família lá foi, e ate ela já indicou, acho que até é uma médica amiga que precisou, ela foi lá, gostou muito, achou-o muito bem e é uma pessoa que tem um grande carinho por nós, é assim...os médicos, se nós não nos queixarmos e bem, não sabem, podem ate fazer uma ideia errada se nós não dermos as dicas certas, mas isso não acontece comigo, que a minha médica sabe quando eu digo uma coisa, ela sabe isto não é só assim, é um bocadinho mais além, porque ela sabe, “ó Dra. Eu estou a ver o que é que isto dá, mesmo quando era estudar as reacções do meu marido. O meu marido dizia “Isto está assim-assim” e ela “então vá vendo se passa para este limite para aquele...”. É preciso, não basta só...eu também tive os meus pais, eu tratei dos meus pais, tive a minha mãe 11 anos, doente, naturalmente já nasci com esta sina assim, agora quem é que vai tomar conta de mim não sei, isso não sei (ri). O meu filho coitadinho há um mês, teve um mês agora no hospital, uma bactéria que apanhou numa cirurgia que fez para extrair uma pedra de um rim, de um dos canais, apanhou uma bactéria, e agora teve um mês internado, a fazer antibiótico injectável, eu nunca lá fui vê-lo. Porque entretanto eu, quando me enervo, tive zona, a seguir à zona tenho estado a cortisona, não há nada que não me chegue, mas ainda não foi preciso eles cá virem fazer nada, agora, eu sou uma pessoa de fé, eu tenho a minha fé, sei a quem me devo dirigir, nas minhas preces, nos meus pensamentos, e também sei que tenho lá alguém que me ajuda, alguém que ...é muito importante para mim, foi muito importante e continua a ser. Eu, cada vez que eu tenho um problema qualquer, há uma pessoa que...eu peço logo,</p>	<p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>ESPERANÇA DE ADIAR A MORTE</p> <p>ACOMPANHAMENTO EM FIM DE VIDA DEDICAÇÃO COMO ESPOSA CUIDADORA</p> <p>APOIO DE FAMILIA RELAÇÃO COM O MARIDO/ DEDICAÇÃO COMO ESPOSA/ CHORO</p> <p>SATISFAÇÃO DO MARIDO COM UNIDADE APOIO DE EQUIPA DE SAUDE</p> <p>APOIO DE EQUIPA DE SAUDE</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS</p> <p>CUIDADORA: MONITORIZAR ESTADO DO MARIDO</p> <p>RECORDA CUIDAR DOS PAIS CRENÇA NO DESTINO (CUIDADORA)</p> <p>MEDO DE NECESSITAR DE CUIDADOS</p> <p>ESTADO DE SAUDE DEBIL</p> <p>CARACT: AUTOSUFICIENCIA/ INDEPENDENCIA RECURSO ESPIRITUAL: PROTECÇÃO E AJUDA</p> <p>RECURSO ESPIRITUAL</p>
---	--

<p>chamo logo a minha mãe, já faleceu há 22 anos. E peço “ó mãe, tu que estás mais perto de Deus, pede a Deus por mim, ajuda-me, dá-me um bocadinho da força que tu tinhas”. (Chora) E é assim... assim eu vou levando a vida, sempre levando a vida, estes tempos de uma solidão... sabe, depois de o meu marido ter... eu parece que estava anestesiada, não sei, eu até achava que o meu marido ficou com um ar melhor, e o meu marido faleceu enquanto eu vim a casa, porque elas fizeram de tudo... para nós parece que o doente nunca mais se vai embora, ele estava a dormir aquele sono muito profundo, na véspera já não quis comer, o doutor disse para não lhe dar, disse “Ai deixem-me dormir que eu tenho sono...” no outro dia já não comeu, eu nem me despi nessa noite, costumava despir-me e deitar-me lá, já não me despi, fiquei a noite toda sentada, e pensava, “o que é que falta... para este homem descansar? Tanto sofrimento num corpo só e o sofrimento psicológico”... ele nunca foi capaz de se ter referido a isso, de dizer, de se ter despedido, teve a família toda, os amigos todos, toda a gente lhe prestou homenagem, mas o meu marido se pensava “Tou a vê-los pela última vez”, nunca me disse, nunca disse. Nunca nos referimos a frases que no meio, naquela dor tão grande, ainda, ia agravar mais... (Chora)</p> <p>Eu vim a casa, eu assim, “Eu não vou agora” e as enfermeiras disseram, (nem me lembro o nome delas. O.?...) “Ó D. M. vá lá” e aquela moça muito bonita, foi a última pessoa que eu vi lavar o meu marido, antes de eu vir para casa (...) maravilhosas todas, da primeira à última. Essa tava a lavar o meu marido, assim pausadamente, depois é que pensei eu estava ao lado dela, e ela disse “Vá D. M. vá, vá a casa, vá lá buscar, olhe vá buscar a roupinha, se houver alguma coisa a gente telefona”. Eram três horas liguei daqui, “Tá tudo na mesma”, às três e dez “D. M. pode trazer a roupa e vir embora”. E eu fiquei... mas quando eu me vim embora, quando vim a casa, eu disse para o meu marido, apesar de ele estar naquele estado, mas ele ouviu-me, “Olha filho, eu vou a casa buscar a casa, não me demoro nada”. E ele mexeu, não abriu o olho, mas mexeu. Ouve um sinal. Ele esperou que eu viesse embora para morrer.</p> <p>Foi num instantinho, tinha ido lá um primo, que é como se fosse irmão, e naquele momento ele não morreu sozinho, tinha o primo que era, uma pessoa que era e é, é como se fosse meu cunhado. E que me diz “Olha M. não disse nada, pronto, deixou de respirar e pronto” e eu disse “Pronto, aí que</p>	<p>PERDAS ANTERIORES</p> <p>SOLIDAO</p> <p>RECORDA MORTE DO MARIDO (ANESTESIADA)</p> <p>APOIO NA MORTE SOFRIMENTO ACOMPANHAMENTO FIM VIDA</p> <p>ESTADO DO DOENTE EM FIM VIDA</p> <p>RECORDA SOFRIMENTO ANTES DA MORTE</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO: APRECIADO PELOS OUTROS</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO/ FIM DE VIDA/ CONSPIRAÇÃO DO SILENCIO/ SOFRIMENTO</p> <p>BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>MORTE DO MARIDO</p> <p>RELAÇÃO DO CASAL – CRENÇA DE DESPEDIDA</p> <p>APOIO FAMILIAR</p> <p>CONFORTO DE MORRER ACOMPANHADO</p> <p>APOIO FAMILIAR</p>
---	--

<p>medo que eu tenho que vocês me estejam a enganar, porque é que eu vim a casa?” qualquer coisa, uma dizia-me para vir, outra para não vir, se calhar foi melhor assim porque ele coitado ele só deixou de respirar, ele já estava...eu peguei-lhe no bracinho (...) de maneira que é assim.</p> <p>Tem sido difícil, de maneira que...o meu filho teve cá um mês, mês e meio, em Dezembro esteve cá. E depois: “E agora mãe? O que tu pensas fazer? Vamos embora para baixo?”. “Eu vou ficar na minha casa, vou tentar ser forte, vou tentar fazer tudo quanto eu e o pai dizíamos que havíamos de fazer, vou tentar remediar (havia ali um problema numa casa de banho que tinha estalado autoclismo), vou mandar arranjar aquilo.”, “Então descansas que assim que possas mandas lá ir o seguro”, tínhamos cancelado por causa de ele estar a piorar, não ia estar a dar despesa a ninguém, ele lá dizia “Assim que possas manda arranjar, se eu tiver melhor...”, era o que ele dizia. Ele entendia, “Assim que eu esteja melhor, resolve já aquilo, que o seguro depois ta pago”, aquelas coisas, comia bem, ria-se, fez versos, tocou, mandou levar uns instrumentos, tocou, as moças de lá, as ajudantes (...), as enfermeiras tudo a rir-se, a cantar, havia lá uma (...) que cantava, sempre viveu, viveram-se aqueles 20 dias, não...eram pesadelos os nossos sentimentos, mas não era um pesadelo vivido. Antes pelo contrário, era vivido como se aquilo fosse uma coisa que ia passar, como se o momento não fosse uma tragédia, ele não tinha dores, e isso, era o que o meu filho dizia “Eu sei que vou perder o meu pai, só não quero é ver o meu a sofrer dores”, porque é depois o nosso consolo, que o doente vai ficar a dormir, mas não sente, aquele que partiu não teve aquela despedida horrível, e essas coisas não é?</p> <p>E eu, eu cá tenho estado, não tem sido fácil, eu não sou...eu andei sempre com o meu marido, portanto quer dizer, eu não estava habituada a ir a lugar nenhum sem ele, ainda não fui a casa do meu filho, e não vou antes que faça um ano... (Chora), o meu filho é que lá vem de vez em quando, vem este fim-de-semana, vem-me ver.</p> <p>Não vou a casa de ninguém. Eu agora ando a fazer os tratamentos (Fisioterapia), venho, fecho a porta, minha companhia é a televisão, as fotografias que está tudo ali, tirei os biblots, estão os retratos, é a minha galeria, é a minha família (chora), o meu filho, a minha nora, o meu neto, o meu marido, o meu marido está em todo o lado, mesmo aqui pela casa fora.</p> <p>Nunca me deito sem rezar, e sem falar, falo para a fotografia... e peço a Deus que me vá</p>	<p>PREOCUPAÇÃO COM SOFRIMENTO EM FIM DE VIDA/ CULPA</p> <p>DIFICULDADE EM ULTRAPASSAR APOIO DE FAMILIAR</p> <p>DESEJO FICAR EM CASA/ FUTURO IMAGINADO/ CARACTERISTICAS DE PERSONALIDADE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DO QUOTIDIANO</p> <p>RESOLUÇÃO DE BUROCRACIAS ANTES DE MORTE</p> <p>RECORDAÇÃO DE INTERNAMENTO DO MARIDO</p> <p>SOFRIMENTO EM FIM DE VIDA</p> <p>ESPERANÇA NA DOENÇA (IRREALISMO)</p> <p>CONSOLO DE NÃO SOFRIMENTO EM FIM DE VIDA</p> <p>DIFICULDADE EM ULTRAPASSAR</p> <p>RELAÇÃO: MARIDO COMO COMPANHIA</p> <p>COMPORTAMENTOS DE LUTO ATE 1 ANO DA MORTE/ RESTRIÇÃO DE ACTIVIDADES APOIO DO FILHO RESTRIÇÃO DE CONTACTO SOCIAL ACTIVIDADES ISOLAMENTO SOCIAL</p> <p>RECORDAÇÕES NA CASA (FOTOGRAFIAS)</p> <p>PRESENÇA SIMBOLICA DO MARIDO (FOTOS) REZAR: RECURSO ESPIRITUAL</p>
---	--

<p>dando força (chora).</p> <p>O meu marido foi cremado e nós tínhamos combinado isso tudo antes, “As cinzas? O que é que a gente vai fazer das nossas cinzas?” eu dizia para o meu marido, eu sou muito mais liberal nessas coisas, “Olha as minhas, espalha-las ou põe naqueles potezinhos que estão na terra, ou espalha-os lá pelas flores, mas olha se puder ficar no pote, vou para o pé de outra que a gente assim sempre se vai entretendo a falar” e o marido dizia assim “pois que ao pé de ti não vai ficar ninguém calado! Então olha, o que tu quiseres para ti eu quero para mim”. Nunca decidia nada. Quando o meu marido faleceu, eu tinha perdido a minha irmã um ano antes, e a única coisa que eu vi, digo, com dignidade na despedida da minha irmã, foi o funeral, porque a minha irmã morreu numa casa de saúde também e o meu sobrinho não é flor que se cheire. A minha irmã era uma pessoa que tinha muito de seu, e no entanto no fim de vida era uma pobre, sabe o que é? Tinha estampado...tinha uma expressão muito calma, mas a sua...ela era mais miudinha que eu, a sua fragilidade, tinha-lhe dado qualquer coisa, no caixão estava com a perninha no ar, muito magrinha, parecia...a minha irmã não era como eu, era uma pessoa ativa, muito independente e no fim de contas, no fim da vida, parecia assim (era mais nova que eu), mas parecia assim uma velhinha daquelas que a gente às vezes vê num banco de jardim...</p> <p>E: Muito frágil...</p> <p>N5: Muito frágil, muito despida de afectos, sem ter...o meu cunhado já morreu há vinte e tal anos, o filho não fazia o papel dele...tinha três filhos, ainda vamos ver o que é que a coisa vai dar. A minha irmã metia dó, mas o funeral era lindo, porque a agencia que trabalha com a casa de saúde onde ela estava, eu vi e pensei, “Não me vou esquecer desta agencia”, que dignidade, que sentimentos, que homenagem, que prestam a uma pessoa que a minha irmã só me tinha ali a mim e ao meu marido...só nós, a família, que é muito pequenina, coitadinha da minha irmã, era só ela e ela, e as coisas dela é agora pobrezinha. Fiquei com aquela ideia, E quando o meu marido começou a ficar mal, eu um dia vim aqui buscar roupa e pensei, “Eu vou tentar saber aquela agencia”, eu sou assim, vê, tenho que me prevenir porque depois... no momento eu fico doida, eu não sei, não sou capaz de resolver problemas. Comecei a fazer (...) disse a esse senhor que não sabia quando, mas ia precisar dos serviços, e o senhor “Quando a senhora quiser” e assim quando a O. Me disse que o</p>	<p>CHORO/ SOFRIMENTO</p> <p>RITUAIS DE FIM DE VIDA</p> <p>VONTADES ANTECIPADAS DE FIM DE VIDA (PESSOAIS)</p> <p>RECORDA MOMENTOS DE HUMOR COM O MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS DO MARIDO</p> <p>PERDAS ANTERIORES</p> <p>VALORIZAÇÃO DE MORTE DIGNA</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS</p> <p>IMP. MORTE DIGNA</p> <p>RECORDA CONFLITOS FAMILIARES (IRMA)</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS</p>
---	---

<p>meu marido tinha falecido, eu estava aqui em casa e Deus deu-me coragem...foi a terceira vez que eu tive de fazer isto na minha vida. (...) A minha mãe tinha 79 anos, era muito nova e era uma grande mulher, o meu pai, tinha 84....</p> <p>De maneira que tive coragem, porque é assim, o meu filho perde a coragem...eu ainda tive que dar coragem ao meu filho durante as cerimónias. Teve aqui dois dias e duas noites na igreja, eu é que tive ainda de dar força ao filho. Eu não fiquei com cabeça para participar a ninguém, isso não, foi o meu filho a participou à família e a tudo. Eu isso não, quem apareceu apareceram...eu estava, eu acho que ninguém me deu nada, mas ao mesmo tempo se calhar deram-me qualquer coisa, porque há certas coisas que passaram completamente, não sei se era o cansaço, se era o desgosto, se era tudo...foi uma mistura de sentimentos, há coisas que sinceramente não me lembro, eu às vezes estou a perguntar à minha nora e ela é que me diz. De maneira que depois então, esta agência, tenho a melhor impressão deles e já aconselhei a outras pessoas que infelizmente é o nosso caminho... (suspiro) e eles disseram-me assim "E aonde é que a senhora vai depositar as cinzas do seu marido? É assim, Sr. L., eu quando conversava com o meu marido (...) para saber o que é que ele pensava, e sem o chocar, eu tinha que ir falando nas coisas, por isso, a Dra. Quando lá (na I.) me perguntou se a gente já tinha dito tudo, eu disse para o meu marido "Tens alguma coisa para me dizer?" e ele começou-se a rir "Não... Atravessamos uma vida, dissemos tudo, já não há mais nada para dizer". (Riu). Diz ele assim, "Então e a senhora não tem um jazigo de uma pessoa amiga?", disse eu "Tenho, tenho ali em Benfica, que eu tomei conta de uma senhora que era amiga da minha mãe e ela me deixou a sepultura perpétua, mas eu não quero, eu dei à Sta. Casa. Para ela fazer dela o que quiser, eu não quero, quero ser cremada, e como tal vou para um jardim qualquer, deitem as cinzas para onde calhar, eu não...diz ele assim "Não, mas a senhora quer o melhor... (como é que ele disse...) a senhora quer tudo do melhor para o seu marido, e as cinzas vão para onde?", eu disse "Eu tenho uma sepultura perpétua, onde estão sepultados os meus pais, de corpo inteiro e onde estão as ossadas dos meus avós, paterno e materno, homens, as senhoras ficaram cá me B. (...), diz ele "Então é para lá que o seu marido vai". O meu marido foi cremado as 8 da noite, as cinzas ficaram a arrefecer, as flores ficaram logo lá, eram imensas flores, ia um carro</p>	<p>DIFICULDADE NAS QUESTÕES PRÁTICAS PÓS MORTE RECURSO ESPIRITUAL NO SOFRIMENTO</p> <p>PERDAS ANTERIORES</p> <p>SOFRIMENTO PARTILHADO PELA FAMILIA E NECESSIDADE DE APOIO AO FILHO RITUAIS FUNEBRES</p> <p>SOFRIMENTO</p> <p>RITUAIS FUNEBRES</p> <p>SOFRIMENTO PÓS MORTE</p> <p>SOFRIMENTO PÓS MORTE: CANSAÇO, DESGOSTO. ESQUECIMENTO DOS MOMENTOS</p> <p>PREPARAÇÃO DOS RITUAIS FUNEBRES</p> <p>RELAÇÃO COM MARIDO: ANTECIPAR VONTADES FIM DE VIDA</p> <p>RELAÇÃO DO CASAL/ DESPEDIDA</p> <p>PREPARAÇÃO DOS RITUAIS FUNEBRES</p> <p>VONTADES ANTECIPADAS DE MORTE - PESSOAIS</p> <p>VALORIZAÇÃO DE DIGNIDADE NA MORTE (RECONHECIMENTO SOCIAL)</p> <p>PREPARAÇÃO DOS RITUAIS FUNEBRES</p> <p>REF. PERDAS ANTERIORES</p> <p>DECISÃO DE RITUAL FUNEBRE</p> <p>RITUAIS DE FIM DE VIDA</p>
---	---

<p>cheio de flores, e na outra carrinha fui eu e o meu filho não foi capaz, ficou de cama, fui eu com a minha nora e com as cinzas do meu marido até ao cemitério (...) e o meu marido está ao pé dos meus pais (para a chorar) ... Ai meu Deus....</p> <p>As três pessoas mais importantes da minha vida (chora): os meus pais que me deram o ser, e o meu marido que me fez mulher e mãe. É assim...</p> <p>Eu não sei como é as coisas iam ser se tivéssemos combinado as coisas de outra maneira... neste momento, e é uma coisa que me tem acompanhado... me tem ajudado, é assim, eu sei que é, eu tenho uns amigos maravilhosos, mas essas coisas na cabeça deles não entra, não tem esta, eu talvez seja um bocadinho, como hei-de dizer, sou um bocadinho lamechas, as coisas não estão a vista, não são palpáveis, mas cá dentro, há uma mistura de sentimentos, uma coisa que me dá uma paz interior, o saber que o meu marido não está só, eu sei que é uma caixa de pó, dali tirou-se um bocadinho que o meu filho quis levar para casa, um estojozinho. Ele queria levar todas, eu não deixei, eu disse "Não, o pai, é meu, eu é que sei o que é que hei-de fazer com ele, para tu o levares para a tua casa, então vai para a minha, mas eu garanto-te, eu levo o pai para lá, mas eu nunca mais saio de casa" e não, se aqui tivesse a caixa das cinzas, o pote, era pior para mim sair de casa. Eu sei que o meu marido não está ao pé de mim, que para ele estar ali ou noutro lado...eu também tenho consciência disso, mas como nós arranjamos argumentos para nos convenceremos, para ajudar a superar, para ajudar a que os dias não sejam tão negros, e com tanto pessimismo que afinal de contas, a gente volta-se para aqui e para ali é todo só desgraças, só os preços, só as dificuldades em todas as coisas, pelo menos ali eu tenho o meu marido, ali ninguém mexe e esta ao pé de duas pessoas...o meu marido não conheceu o pai, o pai morreu tinha ele 15 dias. E para ele ser pai foi uma coisa muito importante, que era uma palavra que ele desconhecia. Mas tratava o meu pai por pai. E a minha mãe. Ora os meus pais gostavam tanto dele como se ele fosse também filho. Assim sendo, estão ali, também o meu avô, que o outro quase não o conheci, que o meu marido adorava aquele avô, uma pessoa da aldeia, o pai da minha mãe, o meu avô. O que é que eu acho? Acho que ele não pode estar em melhor companhia, está num lugar sagrado, porque na província tudo é respeitado não é como cá esta bandalheira, que se anda por cima das sepulturas e isso</p>	<p>RECONHECIMENTO SOCIAL DO MARIDO</p> <p>AUSENCIA/ CRENÇA NO TRANSCENDENTE CHORO/ SOFRIMENTO PERDAS ANTERIORES</p> <p>RELAÇÃO COM MARIDO</p> <p>APOIO SOCIAL – AMIGOS</p> <p>CARACTERISTICA PESSOAL</p> <p>RECURSO ESPIRITUAL – CRENÇA NA TRANSCENDENCIA PAZ INTERIOR/ CONSOLO (ESPERANÇA NA TRANSCENDENCIA)</p> <p>CONTINUIDADE DE RELAÇÃO (CINZAS)</p> <p>NECESSIDADE DE PROXIMIDADE SIMBOLICA (CINZAS)</p> <p>DIFICULDADE EM SAIR DE CASA</p> <p>ESTRATEGIAS DE RACIONALIZAÇÃO PARA ULTRAPASSAR SOFRIMENTO</p> <p>DIAS NEGROS, PESSIMISMO</p> <p>VISÃO PESSIMISTA DO MUNDO</p> <p>RECURSO ESPIRITUAL – TRANSCENDENCIA RECORDA HISTORIA DE VIDA DO MARIDO</p> <p>APRECIAÇÃO DO MARIDO NA FAMILIA</p> <p>RECURSO ESPIRITUAL – TRANSCENDENCIA</p> <p>CEMITERIO – RESPEITO/ PROTECÇÃO</p>
---	---

<p>tudo, não, ali, toda a gente...tinha pensado por, se calhar não ponho, tinha pensado por a fotografia, tenho a fotografia dos meus pais tenho e a as lapides, com o esmalte, mas eu para põe agora ali, em cima do tampo, um livro, um coração, com a fotografia do meu marido, não sei. Acho que o melhor é não ter...que ao mesmo tempo ali, é só para quem passa, ele nem era de lá, assim está ali guardadinho, esta ao pé de quem foi muito importante para ele.</p> <p>Eu aqui estou. Todos os dias choro (pausa a chorar), mas não tenho remorsos. Fiz tudo o que foi possível fazer. Trabalhei ao lado do meu marido, para lhe tornar a vida mais fácil, tudo o que podia não o deixava fazer ele, e ele também fazia o mesmo.</p> <p>E: Facilitavam a vida um do outro</p> <p>N5: Sim, por exemplo aqui a arrumar a casa, ajudava-me, aspirava e isto e aquilo, íamos às compras, íamos os dois, era...foi uma vida de muito trabalho, também tivemos as nossas chatices, por exemplo o meu marido era uma pessoa que não gostava de ser contrariado, mas se eu precisasse de lhe dizer “não estou de acordo”, ele ficava amuado, mas eu nunca fiquei amuada com o meu marido, não tenho feito para isso. Dizia assim “Este já esta amuado”, esta bem, continuava a falar e isto, aquilo, obrigava a responder, porque é assim que a vida se deve levar, infelizmente não são assim todos, (ri) mas puxava por ele, e obrigava-o sempre a ter uma resposta para dar. E não passar, nunca se deitar nunca de costas viradas, porque o amanhã nunca ninguém sabe, ninguém viu, então isso não deixava. Dizia sempre “Ate amanhã”, beijinho, “Boa noite”, essas coisas, fiz questão de...sou assim mesmo. As vezes dizem assim, “a D. M. sozinha, se fosse o seu marido, se calhar voltava a casar”, “Tinha todo o meu apoio”, fartava-me de lhe dizer “Se um dia te sentires só e se arranjares uma senhora que te trate tão bem como eu te tenho tratado, não fiques só porque eu vou dar-te todo o meu apoio e ajudar se lá onde eu estiver poder ajudar-te”, mas ele nunca disse isso a mim... (ri). “Vá porque se for comigo faço o mesmo”...ele olhava para mim como quem diz “Não, não fazias não”...brincávamos assim com estas coisas, porque um casal que vive uma vida, 63 anos entre o namoro e o casamento, agora já é mais um ano, dia 8 faz 61 anos que me casei, com mais...olhe que desde os 7 anos que conheci este homem, com tanto pretendente... (...)</p> <p>De maneira que é assim cá vou estando, tenho amigas, uso o telefone, vejo a televisão, gosto muito de televisão, de andar</p>	<p>TOMADA DE DECISÕES - LAPIDES</p> <p>RECURSO ESPIRITUAL – TRANSCENDENCIA</p> <p>CHORO AUSENCIA DE REMORSOS RELEMBRA TRABALHO E COMPANHEIRISMO MUTUO – A RELAÇÃO</p> <p>RELEMBRA TRABALHO E COMPANHEIRISMO MUTUO – A RELAÇÃO</p> <p>RELEMBRA CARACTERÍSTICAS DO MARIDO E IMPACTO NA RELAÇÃO</p> <p>RELEMBRA CARACTERÍSTICAS DO MARIDO E IMPACTO NA RELAÇÃO</p> <p>RELEMBRA RELAÇÃO E PREOCUPAÇÃO COM MARIDO</p> <p>RELEMBRA RELAÇÃO</p> <p>RELEMBRA TEMPO – 63 ANOS RELEMBRA DATAS</p> <p>APOIO SOCIAL E ACTIVIDADES</p>
---	---

<p>a par das coisas... e adoro o meu filho... (Chora) mas não lhe quero dar trabalho, porque se ele aqui estivesse a ver-me chorar, já estava a chorar.</p> <p>E: Também foi muito difícil para ele...</p> <p>N5: (Acena que sim) Tem 60 anos o meu filho e a minha nora, tem os dois a mesma idade, e o meu neto tem 30 anos (...)</p> <p>De maneira que é assim minha querida, e aqui estou, entre lágrimas e recordações... (sorri)</p> <p>E: Recorda muito...Aquilo que partilhou comigo, esses momentos desde o início que se conheceram...</p> <p>N5: Muito. Eu todos os dias recordo todos os pormenores da minha vida. Mas não há dúvida de que faz muita falta o carinho. Eu costumo dizer que e vou voltar a dizer: Quando nós namoramos, aquela ansiedade, aquela loucura, "ai ele nunca mais chega", aquele, parece que a gente explode por tudo...eu fui assim, porque eu só sei amar loucamente. Eu digo que o meu neto é o meu amor louco, na terceira idade, que é o neto. E eu continuo, eu tive aqui uma amiga e disse, "vocês eram tão apaixonados" e eu disse "Eu continuo apaixonada pelo meu marido" ... (Chora)</p> <p>Parece que estou sempre, tenho umas saudades dele, como é que eu vou dizer isto?... é como se eu estive sempre a espera que ele chegasse, a ansiedade que eu tinha de o ver ... (Chora) uma simples, ele passava por mim, uma festinha...um beijo...um abraço...</p> <p>E: Ele também era carinhoso...</p> <p>N5: (Acena que sim) E agora não tenho nada. agora não tenho nada, não...faz muita falta. E eu continuo e morro apaixonada pelo meu marido... (chora). Ele também está apaixonado por mim. O meu marido era assim, eu sou mais de dizer o que me vai na alma, com mais facilidade, ele as vezes olhava para mim, havia um jeito no olhar, um jeito que ele dava a boca que eu sabia o que ele estava a pensar...ele...tinha momentos que não conseguia dizer o que lhe ia na alma porque ficava sensível, ficava sensibilizado, o meu marido era também uma pessoa de lágrima fácil...</p> <p>É assim a vida, fiquei sem ele...mas ao mesmo tempo foi, todas as pessoas amigas dizem, era pior se ele tivesse ficado sozinho...pior, pois pior, porque eu ainda sou uma pessoa que estou neste momento aqui a falar, mas o meu marido refugiava-se, não era capaz, sofria muito para dentro, ate para não se emocionar.</p> <p>E: A D. M. permite-se chorar por exemplo e ele não o permitia tão facilmente...</p>	<p>APOIO FAMILIAR SOFRIMENTO COMPARTILHADO POR FAMILIA</p> <p>CHORO E RECORDAÇÕES</p> <p>RECORDAR A VIDA – REMINISCENCIA</p> <p>AUSENCIA DO MARIDO: FALTA DE CARINHO</p> <p>RECORDAR RELAÇÃO – PAIXAO</p> <p>RELAÇÃO COM FAMILIA</p> <p>CONTINUIDADE DA RELAÇÃO – PAIXAO</p> <p>SAUDADES</p> <p>ESPERAR QUE CHEGUE – ESPERANÇA / INCREDELIDADE</p> <p>RECORDA RELAÇÃO – GESTOS DE AMOR</p> <p>SENTIR FALTA – AUSENCIA CONTINUIDADE DE RELAÇÃO – PAIXAO MUTUA</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS / DO CASAL</p> <p>CUMPLICIDADE NA RELAÇÃO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>FATALIDADE DA VIDA: PERDA/ AUSENCIA</p> <p>CONSOLO – CRENÇA DE PROTECÇÃO DO MARIDO RECURSOS PESSOAIS PARA SUPERAR LUTO CARACTERISTICAS DO MARIDO</p>
---	---

<p>N5: É. Ele também chorava com facilidade, mas quer dizer, a gente não chora por “dá cá aquela palha”, chora porque se sente, porque ta sensível, porque são memórias muito fortes, muito vividas, mas...sinto muita falta. Eu agora já começo a não ter tanto, mas tive imensos pesadelos aí, estava a ver que tinha de fazer algum tratamento. Sonhava que via o meu marido, vestido com o fato que ele levou, a ri-se para mim. Eu acordava assustada aos gritos. Uma noite gritei “ó da guarda”, “Ó Mãezinha, ó mãezinha”, a chamar a minha mãe. “ó da guarda”, era um vulto que eu vi, não sei se vi, eu dá-me ideia que vi, era um pesadelo, penso eu, essas coisas não sei. Tenho tido vários pesadelos e tem sido difícil, mas também os meses vão passando e agora, peço sempre a Deus, quando me deito, que me de um soninho descansado, sem pesadelos e sem sustos...que eu soffro do coração, sou uma pessoa com bastantes problemas, e aquelas...quando acordo assim aquela aflição, meu Deus do Céu. Mas é assim, não sou capaz de me sentar à mesa. Não faço comida, aqueço umas coisas, porcarias, nunca mais fiz uma coisa de jeito, coisa que o meu marido adorava comer e eu adorava fazer. Agora só para mim? Vou lá abaixo, compro, qualquer coisa, depende, algumas vezes se vou, aqui ao pé da farmácia, comprar como ali qualquer coisa, não tenho motivação, e na vida é preciso haver motivação. O prazer de fazer o comer para o marido, à mesa conversarmos e rirmos, e sei lá, vamos despachar para ir ali e aqui, todas essas coisas fazem parte da vida, e têm de ser muito bem aproveitadas. Eu posso dizer que as aproveitei bem. É isso, e hoje vivo dessas recordações. Hoje vivo dessas recordações.</p> <p>E: Mas para si sozinha deixou de fazer essas coisas.</p> <p>N5: Deixei. Vou a minha vizinha, compro ali uma sopa. Aqui há tempos experimentei fazer, depois o segundo dia não tinha acompanhamento, para quê que eu estava ali a fazer aquilo? Não vale a pena. É bom fazer as coisas quando a gente tem...quando a gente tem por perto quem nos acompanhe. Porque uma refeição pode ser muito simples, mas acompanhada é um grande manjar, e depois pode ser muito boa, mas sozinha não presta. O meu filho diz “Não faças mãe”, temos aqui toda esta gente que nos conhece, e nos estima muito. Eu por exemplo, se tiver sem aparecer um tempo, aqui o Sr. Que tem um restaurante, ali por baixo, liga, “Tem algum problema? Quer alguma coisa? Quer que a gente leve aí?” eu</p>	<p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>CHORAR / SOFRIMENTO RECORDAÇÕES SENTIR FALTA</p> <p>PESADELOS/ SONHOS COM MARIDO (INICIO)</p> <p>ALUCINAÇÕES VISUAIS (INICIO)</p> <p>RECURSOS ESPIRITUAIS / NECESSIDADE DE DESCANSO</p> <p>DOENÇAS FISICAS</p> <p>ALTERAÇÃO DE ROTINAS: PERDA DE SENTIDO/ MOTIVO</p> <p>RECORDA RELAÇÃO / CARACTERISTICAS DO FALECIDO/ CASAL PERDA DE SENTIDO NAS ACTIVIDADES</p> <p>PERDA DE MOTIVAÇÃO PARA CONTINUAR ACTIVIDADES RECORDA ACTIVIDADES EM CONJUNTO – PRAZER</p> <p>SENSAÇÃO DE TER APROVEITADO BEM A VIDA – VIVER DAS RECORDAÇÕES</p> <p>MEIO SOCIAL - VIZINHA EXPERIMENTAR/ TESTAR RETOMAR ACTIVIDADES</p> <p>PERDA DE SENTIDO NAS ACTIVIDADES</p> <p>AUSENCIA DO MARIDO: PERDA DE SENTIDO NAS ACTIVIDADES</p> <p>APOIO DO FILHO</p> <p>ESTIMA E PREOCUPAÇÃO SOCIAL</p>
---	--

<p>pago, mas o favor e a vontade e o sentimento das pessoas não tem preço, o carinho não tem preço.</p> <p>O meu vizinho cá de baixo, eu de vez em quando estou doente, umas porcarias, tenho alergias, tenho asma, tenho sei lá o quê. E eu hoje tava a começar a ficar cheia de pintas outra vez. Digo Ó G. traga lá qualquer coisinha grelhado, como logo aquilo, ou como aquilo num tabuleiro e como aqui, nada que eu tenha de estar a pensar que o meu marido não vem, e não sou capaz de por a mesa só para mim.</p> <p>A cama, agora já me vou estendendo mais um bocadinho, mas durante meses e já vamos entrar no 11º, como eu não queria...o meu marido tava muito doente e como eu tava sempre a apalpar a ver se ele tinha febre, e assim, eu dava comigo a fazer isso de noite, a ir a procura dele, ao almofadão e a não querer virar-me para não o incomodar, fazer tudo assim, agora já estou um bocado melhor. A ficar mais a vontade, mas dava comigo a apalpar a cabeça e a carinha dele a ver se tinha febre e assim...custa muito.</p> <p>Tenho um peixinho, está ali, na cozinha, e tenho um passarinho lá em baixo, por causa da minha alergia tenho que o meter lá na garagem. Mas tem janela, está muito bem. Hoje ainda tinha de o ir tratar, mas vou amanhã de manhã. É engraçado porque o passarinho sentiu falta do meu marido, o meu marido é que o tratava. E eu...os primeiros, agora já não falo isso, coitadinho do bicho, chegava lá abaixo e dizia, "Chama o Z. " e ele começava a piar, a piar, como quem diz "Onde é que ele está? Onde é que ele está?". Engraçado.</p> <p>(...) E o peixe, assim que eu chego ali pede-me logo comida, mas ele só come a noite. Foi o meu neto que me comprou para me distrair. E eu gosto de animais.</p> <p>(...) De resto não saio, também não posso deixar os bichos com ninguém...mas ajudam-me, o meu neto disse-me "enquanto tu estiveres preocupada com eles, já não te preocupas com aquilo que já não tem remédio"...(sorri).</p> <p>E: Eles também se preocupam consigo e também tentam ajuda-la a passar este...</p> <p>N5: Ah sim. Tenho uma família pequena, mas...o meu filho já hoje falei com ele, todos os dias, pergunta-me "Então mãe, já comeste? O que vais almoçar? O que vais jantar?", "Olha vou ao tratamento e hoje vem cá uma...psicóloga (...)" eu disse-lhe a ele, "Então está bem, fazes bem". É assim minha querida...</p> <p>1:08min (APRESENTAÇÃO DE ALBUM</p>	<p>ESTIMA E PREOCUPAÇÃO SOCIAL</p> <p>MEIO SOCIAL – VIZINHO DOENÇAS FISICAS</p> <p>ALTERAÇÃO DE ROTINAS/ DISTRACÇÃO: AUSENCIA DO MARIDO</p> <p>ALTERAÇÃO DE HABITOS E READAPTAÇÃO</p> <p>RECORDA CUIDADOS NA DOENÇA</p> <p>ADAPTAÇÃO A AUSENCIA DO MARIDO NA CAMA (DOENTE) SOFRIMENTO/ DIFICULDADE</p> <p>ANIMAIS DE COMPANHIA</p> <p>CUIDAR DOS ANIMAIS – CONT DA ACTIVIDADE DO MARIDO</p> <p>SOFRIMENTO DE AUSENCIA PARTILHADO PELOS ANIMAIS</p> <p>ANIMAIS DE COMPANHIA – PREOCUPAÇÃO FAMILIA/ DISTRACÇÃO ANIMAIS DE COMPANHIA – IMPEDEM DE SAIR/ FONTE DE PREOCUPAÇÃO/ DISTRACÇÃO</p> <p>FATALIDADE DA MORTE DO MARIDO – APOIO DO NETO</p> <p>APOIO DA FAMILIA/ CONTACTO PROXIMO</p>
---	--

<p>FUNEBRE)</p> <p>(...) Fui figurante de televisão, era e sou, mas desde que o meu marido deu a queda nunca mais fui.</p> <p>O meu marido também era uma pessoa, nós viajavamos muito com o turismo sénior e tenho aí imensos presentes que eu e ele ganhávamos nas mais variadas situações. Nos fazíamos jogos. E o meu marido como era uma pessoa que era um grande animador porque era uma pessoa que sabia, ele era músico também, era uma pessoa para contar uma anedota, nem toda a gente...a anedota até pode ser muito gira, mas tem que haver aquele toquezinho, e o meu marido antes de começar a contar as anedotas, pegava logo no lenço e começava logo a chorar a rir...e tenho aí imensas fitas, diplomas, que ganhamos, agora nunca mais fui... Desde que adoeceu nunca mais fomos. A última vez que fomos foi no princípio do ano de 2009. Depois já não. Não que eu tinha medo que acontecesse alguma coisa e queria que acontecesse perto da nossa casa e dos nossos amigos e da família e assim.</p> <p>E: E agora sozinha também não lhe faz sentido ir...</p> <p>N5: o meu filho está sempre a dizer “ó mãe tu és uma pessoa que tem tanta facilidade em ir” e isso é verdade, eu vou para o tratamento já conheço imensa gente na camioneta (...) “Conheces tanta gente porque é que tu não vais?”, mas é difícil, eu sei que eles é no bom sentido que me querem mandar ir, para me distrair, porque eu sou uma pessoa que preciso de...por exemplo todos os dias eu, faço sopa de letras, quebra-cabeças e por aí fora...</p> <p>E: Para ficar activa mentalmente...?</p> <p>N5: Pois porque eu quando digo à minha médica, à Dra. S. “Ai estou a ficar esquecida” não me lembro disto nem daquilo, e ela diz assim “Ai não lembra, lembra, lembra”, “Ai Dra. Se calhar tenho que tomar qualquer coisa”, “Ai não toma nada, faça isso que está a fazer e vá sair”, mas eu tenho muitos problemas de coluna (...) eu só posso estar assim, se passa o efeito do comprimido e tou aí de rastos.</p> <p>Também não tenho muita saúde...agora já começo a ser capaz, mas primeiro sentia-me nua (..) a sensação que eu tinha era que me faltava qualquer coisa. Era como se eu me tivesse esquecido de vestir uma peça de roupa, e fosse para a rua assim. Falta-me qualquer coisa, onde é que eu me agarro? Com quem é que eu falo? Para onde é que eu olho? Tudo isto foi uma confusão durante imenso tempo. Agora acho que já estou a</p>	<p>ALTERAÇÃO DE ACTIVIDADES</p> <p>RECORDA ACTIVIDADES DO CASAL</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO – VALORIZAÇÃO SOCIAL</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO – VALORIZAÇÃO SOCIAL</p> <p>INTERRUPÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NAS ACTIVIDADES PÓS DOENÇA</p> <p>MEDO AO LONGO DA DOENÇA</p> <p>RECURSOS PESSOAIS/ APOIO DO FILHO</p> <p>DIFICULDADE NA RETOMA DE ACTIVIDADES AMBIVALENCIA EM RELAÇÃO AO APOIO DA FAMÍLIA – DISTRACÇÃO ACTIVIDADES DE DISTRACÇÃO (COGNITIVA)</p> <p>PERCEPÇÃO DE PERDA DE MEMÓRIA</p> <p>PREOCUPAÇÃO COM PERDA MNÉSICA</p> <p>PROBLEMAS DE SAUDE – FISICOS</p> <p>PROBLEMAS DE SAUDE PERCEPÇÃO DE MELHORIA ACTUAL AUSENCIA DO MARIDO (SENSAÇÃO FISICA)</p> <p>AUSENCIA DO MARIDO – DESORIENTAÇÃO/ CONFUSÃO</p>
---	--

<p>ficar um bocadinho melhor na medida em que o meu filho também me pressiona para eu ir. "Não mandes ninguém, vai tu. Vai que tu podes, vai, és capaz. Se não fores, chamas um táxi, mas vai tu, põe a funcionar a tua cabeça". Já sei que não é por mal, é por bem, mas o pior é que eu sofro muito com isso. Nos íamos para a rua, nós éramos assim, "Ai Z. quando nós fomos velhinhos os dois, cada um com a bengalinha" ...e temos ali, mas olhe a minha já tá ali, foi a minha e a do meu marido que por situações tivemos que comprar. "E vamos e os velhinhos...titititi". O que a gente adorava chegar assim a muito velhinhos, muito velhinhos....</p> <p>Eu já não sou muito nova (...) mas eu se não fosse estes problemas de saúde, parece que ainda era capaz, sei lá, de trabalhar, mas o pior é estas dores todos os dias que não me deixam...2 horas depois de me levantar é que eu consigo endireitar-me. Por isso não posso fazer tratamentos de manha, o medico não quer...</p> <p>Olhe não sei, emocionei-a, mas não sei, isto não é uma historia bonita...quer dizer...não tem um final, o final era ainda cá estarmos os dois, mas como todas as historias tem um principio e um fim...</p>	<p>PERCEPÇÃO DE MELHORIA ACTUAL</p> <p>AMBIVALENCIA EM RELAÇÃO AO APOIO DA FAMILIA (AUTONOMIA)</p> <p>SOFRIMENTO COM PRESSÃO FAMILIAR</p> <p>RECORDA ACTIVIDADES DO CASAL FUTURO IMAGINADO DO CASAL</p> <p>FUTURO IMAGINADO DO CASAL</p> <p>PROBLEMAS DE SAUDE FORÇA PARA VIVER</p> <p>LIMITAÇÕES FISICAS</p> <p>HISTÓRIA DO CASAL/ FUTURO IMAGINADO</p>
<p>1:20 (Interrupção para atender telefone)</p> <p>(...) mas as saudades, o amor que eu sinto pelo meu marido. Eu pensei "Como não o tenho", mas não, é uma chama, uma chama acesa à mesma. É como se ele tivesse ido a qualquer lado e a qualquer momento fosse chegar. E a gente tivesse aquela alegria "Ai e tal que saudades, nunca mais vinhas"....é assim, acompanhei-o e nunca o deixei só.</p> <p>(...)</p> <p>E depois ele, de noite quando acordava, antes de estar assim tão mal, que teve um período ainda como não tinha dores, ainda tava assim bem alegrezinho, chamava-me, eu punha assim a mão, ele agarrava-me na mão. Uma noite, foi muito giro, uma manha, ele assim, "esta noite dormi tão bem e tu?", "eu tambem", disse-lhe eu, eu tava mais a tomar conta dele do que a dormir, cada vez que eles abriam a porta de noite a ver como estava, dizia sempre adeus. Eles "Dormir nada", todos muito bons, muito bons, muito bons, muito bons...e diz ele assim "Deita-te aqui um bocadinho, ai que saudades que eu tenho de te ter aqui ao pé de mim" e eu digo assim "Ai mas eu vou para ai deitar para ao pé de ti, não seja por isso" (...) Quem seria que me ajudou a por lá para cima...perdi 11 Kg de peso, agora já recuperei alguns, não me fazem cá falta (...) e pus-me assim de lado,</p>	<p>SAUDADES, CONTINUIDADE DO AMOR</p> <p>ILUSAO DE REGRESSO</p> <p>ACOMPANHAMENTO DO MARIDO</p> <p>RECORDA ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA E FIM DE VIDA – INTIMIDADE</p> <p>DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA</p> <p>VALORIZAÇÃO DA EQUIPA DE CUIDADOS</p> <p>RECORDA ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA E FIM DE VIDA – INTIMIDADE</p> <p>CRENÇA DE PROTECÇÃO: RECURSOS ESPIRITUAIS ALTERAÇÕES DE PESO</p>

<p>assim a beirinha, chega lá a Enf. F. “Ai então eles estão juntos na mesma cama?” e o meu marido riu-se tanto e gostou tanto daquela partida...disse “Eu não dormi aqui, estou aqui a fazer uma festinha ao meu marido...fique descansada que não vai nascer nenhum bebe” e os dois brincamos com elas e elas conosco. Mas o meu marido tinha saudades de tar ao pé de mim e eu não tinha outra hipótese...fui lá dar uma festinha, e dar um beijinho na cara e ainda bem que fiz.</p> <p>Por isso ao mesmo tempo, tenho muitas saudades do meu marido, isso...isso as apalavras não chegam, mas sinto uma paz interior, primeiro por saber que o meu marido está ao pé de duas pessoas que o amaram muito, depois por saber que o meu marido não ficou espalhado, e agora quero ir para o pé do meu marido, o meu filho e a minha nora já sabem, agora mais do que nunca quero ir para o pé do meu marido e dos meus pais, não estava na nossa ideia, mas eu tenho a certeza que ele está muito contente, ai isso tenho, tenho a certeza que o meu marido está muito contente por estar ao pé dos meus pais (...) mas eu sinto uma paz interior, porque eu fiz tudo o que humanamente era possível fazer. Tudo o que estava ao meu alcance e mais alem, eu fui até aos limites. Em tudo, não tenho nenhum remorso, nenhum arrependimento. Se era preciso chegar ali naquele tempo, eu já lá estava antes desse tempo, andei sempre a frente do tempo. A tratar das coisas para que não houvesse um choque tão grande. Tenho a certeza que o meu marido não se apercebeu do fim porque o sono, é um sono tão forte, tão forte, que ele morreu na paz...é assim, minha querida, agora um dia, vou-me encontrar com ele.</p>	<p>RECORDA ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA E FIM DE VIDA – INTIMIDADE</p> <p>CONVIVENCIA COM EQUIPA DE SAUDE RECORDA ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA E FIM DE VIDA – INTIMIDADE/ CONSOLO NOS MOMENTOS PARTILHADOS</p> <p>SAUDADES</p> <p>CONSOLO NA CRENÇA DE TRANSCENDENCIA</p> <p>ESPERANÇA NO REENCONTRO TRANSCENDENTE: DESEJOS PARA A PROPRIA MORTE E RITUAIS</p> <p>CONSOLO NA CRENÇA DE TRANSCENDENCIA</p> <p>CONSOLO PELOS CUIDADOS DADOS</p> <p>EXAUSTAO COMO CUIDADORA</p> <p>AUSENCIA DE REMORSOS</p> <p>CONSOLO EM FIM DE VIDA SEM SOFRIMENTO</p> <p>ESPERANÇA NO REENCONTRO (TRANSCENDENTE)</p>
<p>(...) Há quem diga, este meu amigo que recitou o poema (no funeral) que andava à procura de um homem muito especial...ele diz que o homem era... (Chora).</p> <p>E: ...O seu marido, se ele o encontrasse não precisava mais de o procurar.</p> <p>(...)</p>	<p>VALORIZAÇÃO SOCIAL DE CARACTERISTICAS PESSOAIS DO MARIDO CHORO</p>
<p>N5: (Instituição) A Dra. Está-me farta de dizer se eu não preciso, se eu não quero lá ir...se não preciso nada delas, tem sido sempre impecáveis. Graças a Deus tenho conseguido remar.</p> <p>E: Mas se precisar não deixe de o fazer...</p> <p>N5: Eu já tive aí uma altura que pensei, nos pesadelos e tudo isso, mas depois pensei assim “Se eu for capaz agora” como tenho muita fé, sabe que eu também vou a igreja, vou rezar pelos meus ente queridos que partiram, vou à missa pela alma dele, todos</p>	<p>APOIO MEDICO</p> <p>VALORIZAÇÃO DE APOIO DA EQUIPA</p> <p>CAPACIDADE DE CONTINUAR A VIVER</p> <p>POSSIBILIDADE DE APOIO FORMAL</p> <p>RECURSOS ESPIRITUAIS PARA SUPORTE E PROTECCÃO</p>

<p>os dias rezo, tenho muita fé em Deus, acho que ninguém nos pode dar mais do que Deus, só Deus nos pode dar uma ajuda quando nós precisamos e agarro-me a estas...as minhas convicções.</p>	
<p>E: E por isso acabou por nunca pedir ajuda...</p>	
<p>N5: E por isso, não sei um dia posso precisar... (...)</p>	
<p>N5: (...) não é fácil, viver...olhe que eu às vezes tenho estado aqui três quatro dias que nem a porta abro, porque não estou bem, porque também não me apetece, tenho qualquer problema e deixo-me estar, mas estou na minha casa, ir para casa da minha vizinha desta ou da outra? Que vou para lá fazer? Chorar? Para chorar choro na minha casa, este é que é o meu santuário, é aqui que eu vivi os melhores momentos da minha vida...</p>	<p>DIFICULDADE EM PROSSEGUIR ISOLAMENTO/ DIAS MAUS</p> <p>ISOLAMENTO/ PERMANECER EM CASA</p> <p>CHORAR/ SIMBOLISMO DA CASA COMO ESPAÇO DE RECORDAÇÕES</p>
<p>(....)</p>	
<p>Eu sofri tanto com as doenças dos meus pais e o meu marido ajudou-me tanto! Os meus irmãos não me ajudaram nada (...) o meu marido é que estava sempre ao meu lado a ajudar-me em tudo.</p>	<p>RECORDA PERDAS ANTERIORES E APOIO DO MARIDO</p>
<p>(...)</p>	
<p>A família do meu marido (...) há uma cunhada...o meu marido faleceu já vai fazer 11 meses, ela tinha lá ido vê-lo à clínica, nunca mais a vi depois disso. Não veio ao funeral porque teve um problema numa perna, tudo bem, coitada, mas até à data...eu é que fiquei só. Acho que ela devia ter dito "Então M.?" Não, Sr. Não disse nada. Ora como ela nunca me fez nada antes, eu agora também não a vou procurar, aí isso não vou, o meu orgulho também vai um bocadinho mais longe, eu fiquei sozinha, eu é que perdi o meu marido, o meu filho não vive cá, eles sabem. Podia dizer qualquer coisa "precisas isto ou aquilo?" Mas não (...) mas são umas pessoas assim (...) cada um vive no seu ambiente familiar (...)</p>	<p>FALTA DE APOIO DA CUNHADA</p> <p>PERDA DO MARIDO/ SOLIDÃO</p> <p>CARACTERISTICA PESSOAL – ORGULHO PERDA DO MARIDO/ SOLIDÃO</p>
<p>(...) O meu marido era uma pessoa que escrevia muito bem, tenho aí muitas coisas, muitos versos, coisa que ele me escrevia a mim, à família...eu também lhe fazia a ele, uns poemas. A gente passava assim a vida.</p>	<p>VALORIZAÇÃO DE CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>RECORDA RELAÇÃO – MANIFESTAÇÕES DE AMOR</p>
<p>E: Houve sempre manifestações de amor?</p>	
<p>N5: Sempre, sempre...Por isso lhe digo também que viver destas recordações é bom (...)</p>	<p>GOSTO EM VIVER DE RECORDAÇÕES</p>
<p>Este meu, nosso primo, que é como se fosse meu cunhado, eles são muito amigos um do outro (...) mas a gente fala muito os dois, ele conta-me as coisas dele, ele "Então M. como é que isso vai?", então, "A minha cunhada não me tem telefonado, não telefona, não diz nada", "Ai, elas são assim, estão já</p>	<p>APOIO DE PRIMO</p> <p>FALTA DE APOIO DA CUNHADA</p>

<p>habitados assim (...) não tem aqueles laços afectivos como devem ser". Mas o meu marido era muito carinhoso para os irmãos, e sobrinhos e tudo (...) o meu marido era uma pessoa assim, quem lhe fizesse mal, estava tramado, mas dava a camisa a qualquer pessoa que precisava. Ajudava todos. Mas se fosse pedir ajuda, era muito orgulhoso, como de pequenino foi habituado sem o pai, com muitos sacrifícios, habituou-se a ter de se defender sem ser com a ajuda de ninguém (...) Eu é que o conhecia bem, é verdade... mas é verdade, é verdade....</p> <p>E é verdade que há muita gente que diz ...Tenho conhecido muita gente que vai para o cemitério falar com os maridos, ou as mulheres, conforme a situação ... desabarem, e é verdade, a gente agarra-se, e eu as vezes dá-me a ideia "Ai não, mas as cinzas..." porque parece mentira. Eu assim "Ai meu Deus, parece mentira, parece mentira que o meu marido morreu mas as cinzas...ai mas eu também não vi", e assim começam as confusões na cabeça, e o melhor é mudar logo de dar a volta ao assunto senão a coisa começa a ficar estragada.</p> <p>É assim, eu também o meu marido debaixo da terra não. Levar com aquela terra toda em cima, não. Custa tanto quando a gente vê, um ente-querido "Ai meu Deus", quando foi a minha mãe eu julguei que morria...quando foi o meu pai já não me custou tanto. O pior foi a minha mãe, a minha mãe e o meu marido...o meu pai enfrentava a morte como uma realidade. E é, tudo o que nasce morre, se não morre me novo, morre em velho. Era despedido dessas coisas (...)</p> <p>(...) Eu disse à D. I. "É a segunda vez que eu estou aqui, pelas mesmas razões na mesma família, a terceira vez vai ser para mim".</p> <p>(...) E isto tudo, este historial, todos os dias, é uma cassete, que todos os dias anda...vrum, vrum, vrum...eu as vezes estou tão cansada, "Ai meu Deus, Deixa-me lá fazer um bocadinho de quebra-cabeças, a ver se me esqueço um bocadinho das coisas" não é? É que também me atormentam. Também, sofro. Sofro de saudades, meu deus, tantas saudades que tenho dos meus pais também, a minha mãe, tenho a certeza que tem feito muito por mim. Se estivesse cá não podia fazer tanto, mas agora tenho a certeza todos os dias. Eles os dois são especiais para mim. Peço à minha mãe para que o ajude a ele para que não se sinta infeliz e só.</p> <p>(...) para mim sei que cada vez que recorro ao pedido de ajuda sou ajudada. Claro que não peço nada, não peço nada senão saúde, saúde e uma ajuda para que eu siga sempre de cabeça levantada como tenho feito até</p>	<p>RECORDAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DO MARIDO</p> <p>RELAÇÃO DO CASAL/ CONHECIMENTO DO MARIDO</p> <p>COMPARAÇÃO COM O LUTO DOS OUTROS (IDENTIFICAÇÃO COM SOFRIMENTO)</p> <p>ILUSÃO DE A MORTE NÃO TER SIDO VERDADE</p> <p>ILUSÃO DE A MORTE NÃO TER SIDO VERDADE</p> <p>RECURSOS PESSOAIS PARA EVITAR ILUSÃO/ CONFUSÃO MENTAL</p> <p>SOFRIMENTO/ CRENÇAS RELATIVAS A RITUAIS FUNEBRES</p> <p>RECORDA PERDA ANTERIOR: SOFRIMENTO COM MÃE</p> <p>RECORDA PERDA ANTERIOR</p> <p>ANTEVISÃO DA PRÓPRIA MORTE</p> <p>CANSAÇO DA REMINISCÊNCIA CONSTANTE</p> <p>NECESSIDADE DE DISTRAÇÃO - ACTIVIDADES REMINISCÊNCIA CONSTANTE/ SOFRIMENTO COM SAUDADES PERDAS ANTERIORES/ SAUDADES FÉ/ CRENÇA DE PROTECÇÃO (RECURSO ESPIRITUAL)</p> <p>FÉ/ CRENÇA DE PROTECÇÃO (RECURSO ESPIRITUAL)</p> <p>NECESSIDADE DE CONTINUAR A ZELAR PELO MARIDO/ PREOCUPAÇÃO PÓS MORTE</p> <p>FÉ/ CRENÇA DE APOIO (RECURSO</p>
--	---

<p>hoje, 81 anos e Deus me deixe ter juizinho, e quando eu começar a ter as minhas falhas, tenha alguém que me ajude e que não me deixe cair nessas infelicidades (...)</p> <p>(...) pró ano a ver se vou (programa de televisão), se tiver um bocadinho de coragem vou...</p> <p>E: Quer deixar passar o aniversário...</p> <p>N5: Ai sim, mas ninguém...sou eu que imponho estas regras, a mim mesma, como as janelas também não as tenho aberto. É um tempo que eu preciso para amadurecer a dor. Não é isto que eu visto agora (preto), isto levo para o tratamento (...) o meu filho não pôs luto e tem uma dor imensa, ele disse "O mãe, se não quiseres por luto, por nós não", "Não é por ninguém, não faço a vontade a ninguém, eu vou seguir a minha intuição, como eu me sentir bem como faço", se eu perguntar ao meu marido "Tira o luto, veste outra coisa", que ele não gostava. Eu o luto maior, o que me doeu ainda mais, fi-lo sem ninguém ver, foi quando soube que o meu marido tinha um cancro nos intestinos. Já fez 2 anos em Junho e aí em que as roupas não tinham importância nenhuma e que a gente cá por dentro era tudo negro. Em que a gente vê que é a morte anunciada, que é a pior notícia que a gente pode ter, essa sim, essa é pior que a verdadeira morte, é pior (...) é a pior fase de todas as coisas (...) e o meu marido, como ele ficou, e sabe Deus o que ele pensava e não dizia. Eu "Deixa lá", eu ia com ele à quimioterapia, nunca o deixei ir sozinho, as vezes ate adormecia, para que ele não, não visse o mundo que o rodeava, que alguns metiam ...uff...(...) a Dra. T. dizia "ó Sr. D. não se deixe ir abaixo" (...) porque o meu marido era muito pessimista e para ele não pensar tanto, tinha de andar eu sempre com ele e ia falando com esta com aquela, com quem lá estava "Então tá melhorzinha?", "Ai estou" e ...pronto, para lhe dar animo "Ves, como aquela ta melhorzinha, tu também vais melhorar", é assim, fui sempre com ele, sempre, sempre, sempre...esse é que foi o luto duro de roer. O meu marido ia-se deitar e eu "Vou ver mais isto e mais aquilo, já vou filho já vou" e eu ficava aqui para chorar a minha dor, pensar "até quando é que eu vou ter este...e o que é que me esperar e o que é que vem por aí?", tudo isso é...ai que sofrimento (...) que grande mulher que eu tenho sido! Quando começo a fazer a análise da minha vida, do que tenho passado "Mas que grande mulher que eu tenho sido", só tenho de dar graças a Deus (...) temos que ir em frente e seja o que Deus quiser.</p> <p>(...) Eu não sou beata, mas eu tenho todos os</p>	<p>ESPIRITUAL)</p> <p>RECEIO DE PERDA DE FACULDADES MENTAIS</p> <p>PLANEIA RETOMAR ACTIVIDADES</p> <p>REGRAS DE LUTO – SIMBOLOS PESSOAIS DOR LUTO VESTIDO – CUMPRE SOCIALMENTE MAS NÃO VALORIZA MUITO LUTO DO FILHO</p> <p>REGRAS DE LUTO – SIMBOLOS PESSOAIS</p> <p>VONTADES DO MARIDO</p> <p>RECORDA DIAGNOSTICO – 1º LUTO / PIOR SOFRIMENTO</p> <p>RECORDA DIAGNOSTICO – 1º LUTO / PIOR SOFRIMENTO</p> <p>VIVÊNCIA DO MARIDO (DIAGNOSTICO)</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA</p> <p>IMPACTO DA DOENÇA DOS OUTROS: DESEJO DE PROTEJER O MARIDO</p> <p>CARACTERISTICA DO MARIDO NA VIVENCIA DA DOENÇA IMPACTO DA DOENÇA DOS OUTROS: PROTEJER O MARIDO/ DAR ANIMO - ESPERANÇA</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA DOENÇA: 1º LUTO / PIOR SOFRIMENTO</p> <p>DOENÇA: 1º LUTO / PIOR SOFRIMENTO INCERTEZA E DUVIDAS NO PROCESSO DE DOENÇA</p> <p>VALORIZAÇÃO PESSOAL: CORAGEM</p> <p>DESEJO DE ULTRAPASSAR/ RECURSOS ESPIRITUAIS</p>
---	---

<p>sacramentos da igreja, crisma e tudo. Mas eu vou à igreja (...) depois do meu marido ter falecido, já lá fui, como o meu marido tinha muita fé em Fátima, e pedia tanto a Nª Sra. (...) eu disse "O meu marido é capaz de ter prometido, o melhor é eu ir lá" e fui (...) eu precisava de estar bem com a minha consciência e com os meus sentimentos e fiz tudo o que achei que devia fazer nesse sentido. Agora vou todos os meses à missa, no dia... fui também no dia dos aninhos dele, e é o que posso fazer, porque depois agente não pode fazer mais nada, senão rezar, ter fé, fazer estes pequenos passos que ajudam a superar tanta falta que eles nos fazem. Também pelos meus pais mandei sempre rezar missas (...)</p>	<p>RECURSOS ESPIRITUAIS/ RELIGIOSO ESPIRITUALIDADE DO MARIDO CUMPRIR PROMESSA DO MARIDO: CONSCIENCIA TRANQUILA RECURSOS ESPIRITUAIS/ RELIGIOSO DATAS ESPECIAIS (ANIVERSARIO DO MARIDO) SENSAÇÃO DE IMPOTENCIA RECURSOS ESPIRITUAIS RECORDA LUTOS ANTERIORES</p>
<p>(...) Foi uma coisa que eu quis fazer, e o meu marido achou muito bem que eu fizesse (...) hoje está lá o mausoléu, está lá o meu marido (...) e estão juntos. Estiveram juntos na vida, e estão juntos depois da morte. Isto é a minha maneira de ver a vida para além da vida, e é o que eu quero, ir ali. E ainda tenho esperança que o meu marido me diz qualquer coisa...ai o meu marido dizia "Se realmente é verdade, eu hei-de vir ver-te". "Eu fico à espera, mas não me assustes", e agora penso que um dia vi o meu marido, com uma criança pela mão, com o fato que ele levou, a rir-se para mim, "Ai meu Deus", acendi a luz, mas parecia mesmo ele (...) não sei se era. (...) Assim se passam as horas, entre lágrimas e recordações...sorrisos também, as vezes estou-me a lembrar de coisas e riu-me, riu-me para o além. As vezes sinto-o, ao mesmo tempo, não estou sozinha, eu precisava de saber estas coisas mais profundamente, mas tenho medo de me infiltrar (...) eu respeito aquilo que está para além de nos. Mas sei que tenho lá quem me adore (...) e a mim quem é que me vai fazer? Se começo a pensar nisso fico triste...porque como é que vai ser o meu fim? Se eu tivesse o meu marido sabia que o fim ia ser da mesma maneira...mas ainda há tempo falei com o meu filho "Vê lá mãe se precisas de alguma coisa, não tenhas acanhamento, a gente do longe se faz perto, tu aparece quando quiseres, vem quando quiseres, se quiseres passear vai passear, se quiseres fazer uma viagem vai, com as tuas amigas, não tens que dar satisfações a ninguém, porque tu não precisaste de ninguém para te ensinar os caminhos que tiveste que percorrer, por isso tu és suficientemente autónoma para decidir a tua vida, se quiseres tirar o luto tira, se quiseres ir ao teatro, ao cinema, vai porque ninguém tem nada que te</p>	<p>APOIO DO MARIDO (DECISOES) CRENÇA CONTINUAÇÃO DA VIDA ALEM DA MORTE ESPERANÇA – DESEJO DE CONTACTO / RELAÇÃO COM ELE ILUSAO/ SONHO / ALUCINAÇÕES VISUAIS – DESEJO DE CONTACTO / RELAÇÃO COM ELE RECORDAÇÕES RELAÇÃO CONTÍNUA COM MARIDO: ILUSÃO DA PRESENÇA AMBIVALENCIA NA CRENÇA VIDA ALEM DA MORTE / MEDO VS. DESEJO APROXIMAÇÃO SENTIMENTO DE SER AMADA ANTECIPAÇÃO DA PROPRIA MORTE (INSEGURANÇA) RELAÇÃO COM MARIDO: CUIDADOR APOIO DO FILHO (DECISOES)</p>

<p>criticar, tu não mereces críticas nenhuma ”, isso é tudo muito bom de dizer, mas...”Vai quando achares que estar preparada, mas que não seja tarde, aproveita a vida”, aproveita a vida, fácil de dizer....agora ando ali na fisioterapia, mas eu tenho que ir as termas, eu ia sempre as termas com o meu marido, duas vezes por ano (...) depois tenho uma amiga (...) costumava vir aqui ao domingo, almoçávamos as duas, mas agora não tem vindo, porque a gasolina ta muito cara, ele mora em C. e eu moro aqui, amanhã vou-me encontrar com ela (...)</p> <p>(...) eu recebo duzentos e tal euros de reforma (...) eu não posso gastar mais todos os meses que as reformas, tem de ser assim, mas não estou a ver anda, agora fui a farmácia, antes não se pagavam os genéricos, agora os genéricos já se pagam (...)</p> <p>(...) O meu marido nunca teve muita sorte com os negócios. Era sério demais...porque quem tem sorte são os vigaristas (...) lá o padre esteve a falar com ele e ele disse “Quer-se confessar?” e ele “O Sr. Padre é que sabe. Confessar...vamos conversar” e o padre disse “Sim, Sr. Vamos conversar” (...)</p> <p>(...) Eu quero ter a dignidade na morte que proporcionei aos meus ente-queridos, quero tudo assim, exijo. O meu filho “Esta descansada, se eu cá estiver, nada te faltará, há-de ser tudo como tu gostarias, como costumás fazer”. Se eu tenho tratado dos meus, dignamente, sem olhar a meios para chegar aquilo eu gosto, ficar com a minha consciência tranquila, é isso que eu quero que me façam (...) a morte não é tratada com dignidade que deve ser. Se há dignidade ao nascer, tem de haver a mesma dignidade ao morrer...</p> <p>(...) o meu filho costuma dizer, “Tu és uma pessoa, que nunca está só, porque tu em qualquer lado arranjas sempre com quem conversar” e é verdade (...) as pessoas abrem-se um bocadinho comigo, não sei porquê.</p> <p>(...) hoje as pessoas confundem sexo com amor. Não tem nada a ver (...) amor é aquilo que a gente até transmite por um olhar, por um simples carinho, pela falta que sentimos...pelo aquilo que eu sinto pelo meu marido, não é de sexo que eu tenho falta, porque isso a minha vida teve de tudo quando era tempo disso, é do olhar dele, é do que ele me dizia, eu estava a arranjar-me para ir a qualquer lado, ele ou me compunha a gola, ó um cabelinho que tava ali, queria que eu fosse ao cabeleireiro e levava-me...</p> <p>(...) é conversar, é carinho, é compreensão, é</p>	<p>DIFICULDADE EM RETOMAR ACTIVIDADES</p> <p>DIFICULDADE EM APROVEITAR A VIDA ACTIVIDADES PLANEAMENTO DE RETOMA DE ACTIVIDADES</p> <p>ACTIVIDADES COM AMIGA</p> <p>PREOCUPAÇÕES FINANCEIRAS</p> <p>PREOCUPAÇÕES FINANCEIRAS</p> <p>ACTIVIDADES E CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>ANTECIPAÇÃO DA PROPRIA MORTE: IMPORTANCIA DA DIGNIDADE</p> <p>APOIO DA FAMILIA</p> <p>IMPORTANCIA DA MORTE DIGNA</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS (VALORIZAÇÃO SOCIAL – FILHO)</p> <p>RELAÇÃO: AUSENCIA DA EXPRESSAO DE AMOR DO CASAL</p>
--	--

RESUMO DE TEMAS N5:

1. Choro, sofrimento, dor, “dias negros”, pessimismo, solidão, dificuldade em ultrapassar, saudades
2. Recursos pessoais de personalidade e filosofia de vida; estratégias de racionalização e distração (ex. animais)
3. Recordação da própria história de vida (reminiscência / saudosismo) e da relação: vida partilhada, companhia, romantismo e actividades do casal; e “futuro imaginado” - continuidade de relação (protecção e apoio) e manutenção da presença vs. Cansaço
4. Referencia a perdas anteriores e o seu luto e ao luto dos outros (identificação)
5. Recorda características, gostos, actividades, história de vida do marido - valorização positiva, negativa
6. Apoio na fé, recursos espirituais e religiosos; crença de protecção e cuidado; crença no destino e fatalidade da vida; Ilusão de presença e contacto espiritual; Esperança de regresso/ reencontro transcendente após sua morte
7. Querer viver sozinha em casa: manutenção de independência (vs. Solidão), desejo de proximidade do marido
8. Sofrimento compartilhado pela família; fonte de apoio (ambivalência face à promoção de actividades de distração) e percepção da falta de apoio de outros familiares
9. Antecipação das vontades face à morte – importância de morte digna
10. Resoluções práticas e preocupações de gestão financeira após falecimento
11. Relembra diagnóstico (1º e pior luto), datas, tratamentos esperança de cura), pioria do estado de saúde e a morte (conforto de morrer acompanhado vs. Culpa de ter saído)
12. Acompanhamento de processo de doença e morte como cuidadora (esforço sobre humano) – Consolo vs. Exaustão/ esforço
13. Apoio de equipas de saúde – valorização positiva e negativa
14. Estado de saúde frágil, perda de capacidade física e cognitiva; Antecipação do próprio envelhecimento, futuras necessidades de cuidados e morte
15. Referencia a actividades actuais e restrições auto-impostas no seu processo de luto; Alteração de rotinas por perda de motivação/ sentido: dificuldade de readaptação na ausência do marido
16. Simbolismo das fotografias na sala, ritual de cremação e das cinzas junto dos pais (continuidade, transcendência, relação, proximidade vs. Ausência)
17. Apoio social: vizinhos, comunidade, amigos
18. Incredulidade/ ilusão/ fantasia de regresso vs. Factos (cinzas); sonhos, pesadelos, alucinações visuais (inicio)

Obs. Referencia a fotografias e ao cadeirão onde o marido se sentava, como símbolo presença do marido e continuidade da relação; choro; veste de negro. Valorização social do marido falecido pelas dedicatórias apresentadas.

8. APENDICE - Ficha síntese e transcrição entrevista N6

Realizadas por: Lúcia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA: (ocultada)		
DATA: 17-01-2012		
LOCAL DE ENTREVISTA: domicílio da entrevistada		
HORA DE INICIO: 10h40	HORA DE FIM: 11h30 /12h	DURAÇÃO: 80 minutos

IDADE: 72 anos
DATA DE MORTE DO CONJUGUE: 12-12-2010 (1 ano e 1 mes)
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS): 50 anos
ORIENTADA (REQ. OBRIG.): OK

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

Entrevista realizada a sós na sala: ampla, com boa iluminação natural. Vê-se jardim exterior. Fotos de família (incluindo o marido) na sala. A casa localiza-se num bairro de vivendas (ambiente familiar, quase rural).

OBS. ENTREVISTADA:

Emociona-se (choro, tremor...) assim que inicia a entrevista e permanece emocionada quase até ao fim da entrevista. Verbalizou não estar preparada para falar no assunto, apesar de só à terceira vez consentir o fim. Foram dados momentos de pausa e respeitados os silêncios, o desejo de continuar/ parar. Apresentação simples, mas cuidada. Veste-se de negro. Aparentemente sem dificuldade de mobilidade

OBS. FINAIS:

Depois de desligado o gravador, continuou a partilha da experiência por mais meia hora – que anexo a entrevista. No fim estivemos um pouco no jardim, “descontraído” o encontro.

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: N6(ocultada)17012012

<p>N6: Eu, Sra. Dra. Por enquanto ainda não posso estar a falar muito... (chora) porque ainda estou muito...ainda estou muito...já fez um ano, mas ainda estou muito...50 anos de casada ainda não...é um bocadinho...tem sido muito custoso de passar...mas isto agora com o tempo tenho fé que vai indo...mas nunca esquece.</p> <p>O meu marido era uma pessoa muito boa.</p> <p>E: Era boa pessoa?</p> <p>N6: Era muito bom, tinha muitos amigos. Fez um ano agora no mês que passou, do Natal. E nos fizemos os 50 anos de casados no mês de Abril...depois o que me custou mais foi quando ele deixou de falar, queria falar e já não...custava muito...queria dizer qualquer coisa e não conseguia (chora).</p> <p>Mesmo no princípio andei a tomar uns comprimidos para dormir, que não conseguia dormir, e agora isto a vai indo devagarinho, aqui as vizinhas também tem sido muito amigas, têm dado muitos apoios.</p> <p>Mas ele dentro do meu coração nunca mais me esquece (chora, suspira)</p> <p>Quer-se dizer, eu também quase não estou sozinha, o meu filho mora aqui pertinho...mora na outra rua a seguir, ta sempre aqui comigo, mas eu estou aqui na minha casinha, ...a dormir, e vou lá para a casa dele, tenho aqui as vizinhas, são muito boas, vêm sempre aqui ver-me, tem-me ajudado a passar isto, mas tem sido... (chora)</p> <p>E: Apesar do apoio que tem, tem sido difícil...</p> <p>N6: Quando é a noite...tem sido...isto agora só o tempo... os primeiros meses foram meses maus de passar, sempre aquela saudade dele...</p> <p>E depois foi uma doença que foi muito rápida, apareceu, foi a piorar de dia para dia.</p> <p>E: Acompanhou-o ao longo desse tempo sempre...</p> <p>N6: Sempre, sempre, sempre, quando ele esteve aqui em casa, sempre ao lado dele, todo o apoio e todo o carinho...e depois lá na clínica também ia lá todos os dias. As vezes até dormia, ficava lá com ele, de volta dele... Enquanto ele falava, a coisa ainda foi...mas depois quando deixou, ele falar e não poder dizer o que é que queria....(chora)</p> <p>Mas o meu marido era uma pessoa muito boa... (chora, suspira)</p> <p>Houve aí nas primeiras alturas, de noite, acordava, aquela coisa na cabeça, não era capaz de dormir de noite, mas depois lá comecei, tomei os comprimidos para dormir, e lá passei, um bocadinho melhor...</p> <p>E: Mas pensava muito...mais a noite....</p> <p>N6: a noite, a noite quando me deitava, acordava assim, parece que sentia...aquela coisa, mas depois com os</p>	<p>DIFICULDADE EM FALAR</p> <p>MAL-ESTAR</p> <p>1º ANIVERSARIO MORTE / ANOS DE CASAMENTO (RELAÇÃO)</p> <p>DIFICULDADE EM ULTRAPASSAR</p> <p>REC. ESPIRITUAL PARA SUPERAR</p> <p>INESQUECIBILIDADE DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO FALECIDO (POSITIVA)</p> <p>CARACTERISTICAS DO FALECIDO (POSITIVA)</p> <p>1º ANIVERSARIO MORTE</p> <p>ANOS DE CASAMENTO (RELAÇÃO)</p> <p>DIFICULDADE EM LIDAR COM AGRAVAMENTO DA DOENÇA</p> <p>ALTER. INICIAL: SONO</p> <p>NECESSIDADE DE TEMPO PARA SUPERAR/ VIZINHAS/ AMIGAS COMO APOIO</p> <p>INESQUECIBILIDADE DO MARIDO</p> <p>ACOMPANHAMENTO: FILHO COMO APOIO PRÓXIMO</p> <p>VALORIZAÇÃO DE VIVER NA SUA CASA</p> <p>VIZINHAS COMO APOIO</p> <p>DIFICULDADE MAIOR A NOITE</p> <p>CRENÇA QUE TEMPO AJUDA A ULTRAPASSAR</p> <p>DIFICULDADE MAIOR NO INICIO</p> <p>SAUDADE</p> <p>PERCURSO DA DOENÇA/ AGRAVAMENTO</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA/ DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA</p> <p>SOFRIMENTO/AGRAVAMENTO DA DOENÇA</p> <p>CARACTERISTICAS DO FALECIDO (POSITIVA)</p> <p>DIFICULDADES EM DORMIR (INICIO)</p> <p>NECESSIDADE DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR</p> <p>DIFICULDADE EM DORMIR (INICIO)</p>
---	---

<p>comprimiditos...parece que foi indo...mas as vezes há noites que estou aqui sentada e isto está-me a passar tudo...coisas boas que a gente falava, quando estávamos aqui os dois... (chora).</p> <p>E: E isso dá-lhe saudades...</p> <p>N6: (Acena que sim) ... e depois estava sempre a chamar, e a gente sente aquela coisa, estava sempre a chamar...</p> <p>Os meus primeiros dias foi o mais custoso... Aquela saudade que eu tenho...eu que sou uma pessoa que nunca estou só, tenho as vizinhas vem a ver, a chamar, o meu filho esta quase sempre aqui comigo, se eu não tivesse assim as pessoas a darem tanto apoio, se calhar ainda estaria pior...</p> <p>E: Sente que a ajuda...</p> <p>N6: Sim...estou aqui sozinha e telefonam, vou a casa do meu filho um bocadinho e também lá me distraio...depois é aqui pertinho, é só atravessar a rua... Tem sido um bocadinho difícil Dra.</p> <p>Ele gostava muito de estar na clínica, foi lá muito bem tratado, muito muito, muito. E eu também, estava lá com ele, também elas eram tão carinhosas, amigas, amigas, amigas, tão carinhosas, deram tanto apoio ali, trataram-no lá muito bem. Quando lá ia, dizia "Gosto tanto de estar aqui, que elas são muito minhas amigas", e elas também gostavam lá muito dele. Mesmo eu quando la ficava assim a noite, também perguntavam se eu precisava de alguma coisa, eram muito queridas, muito amigas...</p> <p>Eu mesmo que lá quisesse ir, parece que não sinto ainda aquela coisa de entrar...</p> <p>E: não se sente preparada...</p> <p>N6: Não, ir e saber assim...que já lá não está... (chora) Ainda não sou assim...não posso, ainda tenho isto muito para eu... (...) não sou capaz, entrar ali dentro e.... (grande pausa)</p> <p>E: Está emocionada...</p> <p>N6: (acena que sim)</p> <p>E: Está mais emocionada porque estamos a falar...ou tem esses momentos de tristeza...</p> <p>N6: Quando me está a lembrar estas coisas dá-me assim mais...uns momentos estou mais triste...mesmo eu, as vezes tou aqui triste e tocam a campainha, são as vizinhas, ou assim, já conversam comigo....</p> <p>E: Distraem-na...</p> <p>N6: Distraem...</p> <p>E: E partilha essa tristeza, ou só a distraem?</p> <p>N6: Elas também em dão apoio, dizem que "a Sra. não pode estar assim, que tem de passar", elas lá dão, coitadinhas... (ri), coitadinhas...também já cá me conhecem aqui há muitos anos, então... (Pausa, chora)</p> <p>E: Quando quiser terminar...terminamos</p>	<p>NECESSIDADE DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR</p> <p>RECORDAÇÃO DA RELAÇÃO</p> <p>RECORDAÇÃO DA RELAÇÃO</p> <p>DIFICULDADE MAIOR NO INICIO SAUDADE APOIO SOCIAL/ PROTECÇÃO DA SOLIDÃO</p> <p>VALORIZA APOIO SOCIAL</p> <p>APOIO SOCIAL/ DISTRACÇÃO</p> <p>DIFICULDADE EM ULTRAPASSAR RECORDA BONS CUIDADOS DE SAUDE/ BOA EQUIPA</p> <p>ACOMPANHAMENTO DA EQUIPA – VALORIZAÇÃO</p> <p>ACOMPANHAMENTO DA EQUIPA – VALORIZAÇÃO</p> <p>EVITAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: CONFRONTO COM AUSENCIA DO FALECIDO</p> <p>EVITAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: CONFRONTO COM AUSENCIA DO FALECIDO SOFRIMENTO INTENSO</p> <p>RECORDAÇÃO PROMOTORA DE TRISTEZA</p> <p>APOIO SOCIAL (VIZINHAS) / DISTRACÇÃO</p> <p>APOIO SOCIAL (VIZINHAS) / DISTRACÇÃO</p>
--	--

<p>quando quiser...</p> <p>N6: Ainda está um bocadinho custoso de...isto com o tempo vai passando, com o tempo...porque íamos para todo o lado, os dois juntos...íamos passear sempre os dois, só queria que eu fosse, andávamos sempre os dois, sempre os dois. Ele não ia a lado nenhum que não fosse com ele...eu as vezes dizia, "vai lá tu que eu tenho isto", "ai não", sempre os dois, sempre os dois, 50 anos de casados também... (chora)</p> <p>Depois quando ele se pôs doente, andava sempre de volta dele, ele dizia "vai descansar um bocadinho", mas eu não conseguia, queria-lhe dar tudo...</p> <p>E: Era importante para si cuidar dele, dar-lhe tudo o que pudesse...</p> <p>N6: Tudo, tudo...</p> <p>Ele também era muito meu amigo, aquilo era. Era muito carinhoso (chora).</p> <p>Ai, Sra. Dra. Isto ainda está um bocadinho...</p> <p>E: Não é fácil falar...</p> <p>N6: Ainda estou um bocadinho assim...mas eu penso que com o tempo, eu já estou a ultrapassar isto um bocadinho...já era para estar um bocadinho melhor...era já para ir assim já...ainda me lembro daqueles momentos bons que tive com o meu marido...e ainda não sou uma pessoa que esteja aqui só, tenho as amigas, o filho, e ainda estive na terra aquele tempo todo...</p> <p>E: Foi ao Norte, foi quando nós contactamos...</p> <p>N6: Eu estava lá no Minho, tinha falecido uma tia, fui para lá. Já lá tinha ido o mês de Agosto e fui lá passar mais 8 dias... lá com elas, para sair um bocadinho...também me ajudaram muito, andava sempre lá a chorar, a chorar, ajudaram-me muito, "para não chorar, que eu sabia que ele estava muito doente, para não chorar". Elas coitadinhas lá me davam o "apoiozinho" delas...e fez-me bem estar lá aquele tempinho com elas...foi quando a Sra. Dra. me telefonou, estava para lá...e também me ajudou a sair daqui e tenho lá família, sempre elas me dão...mas eu aqui também tou. Também tenho muitas pessoas amigas que me ajudam...</p> <p>E: E tem o filho...</p> <p>N6: tenho o meu filhinho, todos os dias passa aqui...e até posso lá estar com eles, mas como tenho a minha casinha, mas somos pertinho, qualquer coisa, também tenho logo, mas só não estou, sozinha não estou.</p> <p>Tenho a impressão, se estivesse sempre sozinha, ainda me custava mais, mas como estou com eles...as vezes ando assim aí, parece que me dá vontade de chorar. Vou aí para o jardim, sempre ajuda a aliviar a cabeça um bocadinho...porque Sra. Dra. Foram</p>	<p>ESPERANÇA DE ULTRAPASSAR</p> <p>RELEMBRA RELAÇÃO (ACTIVIDADES)</p> <p>RELEMBRA RELAÇÃO / ANOS DE CASAMENTO</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA PROTECÇÃO MUTUA NA RELAÇÃO DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA</p> <p>RECORDA CARACTERISTICAS DO MARIDO SOFRIMENTO/ DIFICULDADE EM ULTRAPASSAR</p> <p>ESPERANÇA DE ULTRAPASSAR EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AO LUTO</p> <p>RELAÇÃO: RECORDA MOMENTOS DO CASAL</p> <p>APOIO SOCIAL: AMIGAS, FILHO, FAMILIA</p> <p>ACTIVIDADES/ DISTRAIR, APOIO</p> <p>CHORO – APOIO FAMILIAR</p> <p>FAMILIA: ACTIVIDADES/ DISTRAIR, APOIO</p> <p>APOIO DAS PESSOAS AMIGAS/ VIZINHAS</p> <p>APOIO FILHO</p> <p>VALORIZA NÃO ESTAR SOZINHA / APOIO</p> <p>CHORO</p> <p>DISTRACÇÃO (JARDIM)</p>
--	--

<p>muitos anos (chora). Ainda me custa muito... (sorri). E: Terminamos, se quiser, terminamos. N6: Era uma pessoa tão boa, tão amigo que ele era (chora). Eu nos primeiros dias em que foi que ele faleceu, eu só chorar, só chorar, foi custoso...tive uma médica que também me ajudou muito: "Não pode ser só chorar, senão ainda se põe doente"... E: Estava preocupada com a sua saúde... N6: Estava, deu-me os comprimidinhos para descansar. Depois quando lá ia a ela, chorava muito...ela não quer que chore, porque há pessoas que levam isto mais...passa mais, mas a mim tem-me custado muito... Ainda estou assim um bocadinho coisa...não posso ainda estar muito a... (chora)</p>	<p>ANOS DE CASADOS SOFRIMENTO MANTIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO – VALORIZA</p> <p>DIFICULDADE MAIOR (INICIAL) / CHORO</p> <p>APOIO MEDICO VALORIZADO</p> <p>NECESSIDADE DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR CHORO/ APOIO MEDICO VALORIZADO</p> <p>COMPARAÇÃO COM O LUTO DOS OUTROS DIFICULDADE EM ULTRAPASSAR</p>
<p>(OFF RECORD)</p>	
<p>(Olha foto do casamento do filho, com imagem do marido) "Que saudade, que mágoa..."</p>	<p>SAUDADE, MAGOA, RECORDA BONS MOMENTOS DA VIDA DO CASAL</p>
<p>(Olha foto dos netos) "Que meus amigos que eles são também, ajudam-me muito...vem da escola, passam aqui e dão-me sempre um beijinho"</p>	<p>APOIO DA FAMILIA</p>
<p>"Também já tinha perdido a minha mãe, muito muito minha amiga. Esteve cá em casa, e cuidei sempre dela...também foi um luto muito longo...agora pensando isso...chorei muito pela minha mãe."</p>	<p>PERDAS ANTERIORES – MAE ACOMPANHAMENTO DA DOENÇA DA MAE E RECORDA LUTO DOLOROSO</p>
<p>"...Há pessoas fortes. Também devem sofrer, ter a dor delas, não digo que não, mas parece que passa ao fim de uns meses. Eu não...já com a minha mãe foi assim..."</p>	<p>COMPARAÇÃO COM LUTO DOS OUTROS</p>
<p>"Relembro os tempos em que estivemos aqui os três sentados (mãe e marido) ...eles já foram os dois...e eu aqui (chora) "</p>	<p>RECORDAÇÃO DE BONS MOMENTOS DO CASAL NA FAMILIA/ AUSENCIA ACTUAL</p>
<p>"Este jardimzinho aqui, sou eu que cuido assim dele, há pessoas que dizem que é o mais bonito de aqui...está sempre muito arranjadinho. Cuido assim dele desde que a minha mãe faleceu, que era ela que o cuidava assim, mas quando ela faleceu, eu disse para mim que assim ia ficar...e é. Está muito arranjadinho, não tem uma ervinha. Distraio-me também, estou aqui, vou até ali..."</p>	<p>ACTIVIDADE ACTUAL – JARDIM (VALORIZADO SOCIALMENTE)</p> <p>CUIDAR DO JARDIM – SIMBOLO DA CONTINUIDADE DA RELAÇÃO COM MÃE</p> <p>ACTIVIDADE DE DISTRACÇÃO</p>
<p>"Ele estava sempre a dizer que eu estava sempre de volta daquilo (jardim), ele gostava,</p>	

<p>mas não queria que me cansasse. Tinha muito medo que ficasse doente...ai se eu ficasse doente...mesmo quando estava lá (Internamento), e já nem conseguia falar bem, dizia lá a elas "Ele está a perguntar se já comeu"...ele queria saber, mesmo doente...sempre a cuidar de mim"</p> <p>"Sempre juntos...não hei-de ter saudades!"</p> <p>"Deus há-de ajudar-me a passar isto, tenho fé que sim"</p>	<p>CARACTERÍSTICAS DO MARIDO E RELAÇÃO (PROTECÇÃO)</p> <p>RELAÇÃO PROXIMA. SAUDADES</p> <p>ESPERANÇA DE ULTRAPASSAR SOFRIMENTO = RECURSO ESPIRITUAL</p>
---	---

RESUMO DE TEMAS N6:

1. Sofrimento: choro, dificuldade em falar, mágoa, saudade, custoso, recordar emocionalmente, entristece. Evitamento de confronto com ausência
2. Recordação da relação: anos de casada, conversas, actividades, bons momentos, protecção e proximidade
3. Aniversário da morte
4. Recurso espiritual: Esperança de ultrapassar o sofrimento vs. Comparação social com os outros (melhoria expectável)
5. Valorização das características do marido (positivas)
6. Descrição de período pós morte: período mais difícil, alteração do sono/ medicação, saudade.
7. Apoio social/ distração / acompanhamento: amigas, vizinhas, filho, nora e netos, família da terra natal e actividade de cuidar do jardim (continuidade da mãe)
8. Acompanhamento na doença do marido (percurso e agravamento): apoio e carinho
9. Bons cuidados da equipa e acompanhamento percebido/ valorizado
10. Relembra perdas anteriores (cuidados, perda e luto da mãe)

Obs. Sala com fotografia do marido, zona de habitação facilitadora de contacto com comunidade/ vizinhos, veste de negro.

9. APENDICE - Ficha síntese e transcrição entrevista N7

Realizadas por: Lúcia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA: (ocultada)		
DATA: 19-01-2012		
LOCAL DE ENTREVISTA: domicílio da entrevistada		
HORA DE INICIO: 11h	HORA DE FIM: 12h15	DURAÇÃO: 75 minutos

IDADE: 77 anos
DATA DE MORTE DO CONJUGUE: 21-02-2011 (1 1 meses)
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS): 52 anos
ORIENTADA (REQ. OBRIG.): OK

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

Entrevista realizada na sala: ampla, de decoração clássica, com boa iluminação natural. Fotos de família (incluindo o marido) na sala.

OBS. ENTREVISTADA:

Colaborante desde início, com choro em 3 momentos: início, morte do pai, e a falar do marido (menor intensidade).
Boa apresentação, cuidada. Veste-se de escuro, mas não de negro.
Boa linguagem. Aparentemente sem dificuldade de mobilidade.

OBS. FINAIS:

Agradeceu, partilhou: "Soube bem falar. Elas lá (no Hospital) também eram assim, falavam pouco, mas ouviam-nos bem. Era delicioso"
Disse-me que a filha gostaria de contactar. Facultei o meu número novamente e disponibilizei-me para qualquer esclarecimento. A senhora refere que a filha teve conflitos na unidade (não fui contactada até à data).

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: N7(ocultada)19012012

<p>N7: (Chora) (isto foi uma cruz, que nada tem ver com a morte do meu marido, mas que eu agora passo a explicar. Eu desde a morte do meu marido que fiquei com o meu filho e com os meus dois netos cá em casa): um faz nove anos agora no Domingo, e outro fez quinze. De maneira que são a minha companhia, mas claro...um bocadinho pesado, porque são três homens, eu não faço tudo sozinha, tenho cá em casa uma senhora que me ajuda, mas de qualquer das maneiras a mãe foi assim um bocadinho injusta, porque sabia aquilo que eu tinha passado, 8 meses a caminho do hospital todos os dias, todos os dias, todos os dias...</p> <p>E: A acompanhar o seu marido?</p> <p>N7: Sempre. 8 meses, o meu marido teve, entrou em Junho e morreu em Fevereiro, faz para o mês que vem 1 ano, faz agora sábado, 11 meses. E ele...pronto teve sempre, todos os dias eu ia, ele teve em S.J. não sei se foi 6..., talvez não fosse bem bem os seis meses, depois teve nos C., (não chegou bem aos seis meses), foi para os C., mandaram-no para os C. e depois dos C. mandaram-no aqui para as I. De maneira que, quer dizer, andou sempre, um bocadinho, já não sabia o que havia de fazer, Dr. V. é uma excelente pessoa, não desfazendo, operou o meu marido umas poucas de vezes, ele dizia-me "não sei o que é que hei-de fazer, porque eu sei que o seu marido, eu vou operá-lo, ele não vai cicatrizar, de maneira que aquilo é um pano roto, a Sra. Sabe o que é um pano velho, roto que a gente ta a coser, ta a abrir, ta a coser, ta a abrir, e então...". eu tá-me a custar porque eles gostavam todos muito do meu marido. O meu marido a primeira vez que foi operado fez 29 anos, tinha feito 28 anos, foi operado a 1ª vez com 52 anos, de maneira que foi operado muito novo, a primeira vez. E...mas não foi ele (médico). Foi o Dr....Dr. que era o Dr. B. que tava lá em cima nos C. e era a equipa do Dr. E o Dr. B tava com o Dr. M. esse era também extraordinário, não desfazendo, sempre muito amigo, e o Dr. B. a mesma coisa, mas o Dr. B. ficou lá em cima e o Dr. M. ficou cá em baixo sempre extraordinário. Mas pronto. Depois teve uns aninhos bons, treze anos...teve a morrer, quando foi a 1ª operação teve a morrer, que eles telefonavam cá para casa a dizer que ele que, não sabiam o que haviam de fazer...que o marido não conseguia resistir, e...mas depois conseguiu, graças a Deus, teve lá um mês e tal e pronto, depois teve treze anos assim muito bonzinho, e depois ao fim de treze anos...quatro operações é, em quantos anos? Em cinco anos ou seis anos, foi muito doloroso...esta</p>	<p>ACONTECIMENTOS POSTERIORES A MORTE COMO CAUSA DE SOFRIMENTO / SOBRECARGA FAMILIAR</p> <p>FAMILIA COMO APOIO/ SOBRECARGA</p> <p>SOBRECARGA FAMILIAR PÓS MORTE MARIDO</p> <p>TEMPO DE ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA DO MARIDO</p> <p>TEMPO DE ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA DO MARIDO</p> <p>1º ANIVERSÁRIO DA MORTE</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA</p> <p>INCERTEZAS NOS CUIDADOS DE SAUDE</p> <p>VALORIZAÇÃO DE CUIDADOS SAUDE</p> <p>INCERTEZAS NOS CUIDADOS DE SAUDE</p> <p>MAU PROGNOSTICO</p> <p>VALORIZAÇÃO SOCIAL DO MARIDO</p> <p>INICIO DA DOENÇA</p> <p>PERCURSO DA DOENÇA</p> <p>MAU PROGNOSTICO</p> <p>ESPERANÇA DE MELHORIA (13 ANOS)</p> <p>AGRAVAMENTO DO ESTADO DE SAUDE</p>
--	---

<p>ultima foi mesmo para...já não conseguiam fazer mais nada. De claro que de maneira que fiz tudo, mas por isso é que tava a dizer que, eu disse isso por causa da minha ex-nora, realmente mandar, mandar não mandou...ela até deixou os filhos em casa e foi-se embora, acho que foi uma coisa horrível, não é? Deixar duas crianças em casa, e eles coitadinhos, chegarem a casa da escola, não terem a mãe, a mãe não aparecer, a mãe não dizer nada, a mãe não telefonar. Claro que tinham o pai, o pai foi logo busca-los cá para casa,</p> <p>E: E a D. além de estar a passar a situação que estava a passar, teve de passar...</p> <p>N7: Há um mês e tal! Só. E eles coitadinhos, o pai foi buscá-los...e eu claro, eles assim, em casa, sem saber nada da mãe, quase 8 dias sem saberem nada da mãe, não telefonava, não dizia nada. O meu filho foi a policia, foi a tudo, ...o meu neto correu tudo, o mais velho, não conseguiu encontrar nem o carro nem a mãe. Depois lá uma vez, já nem sei como encontraram...ela apareceu. Depois o pai deu-lhe a escolher, aqui em casa, sem a mãe (que ela não pôs cá mais os pés), e perguntou o que é que eles queriam fazer. Qual era a ideia deles, se queriam ir para mãe ou se queriam ficar cá. Eles disseram "NÃO", os dois ao mesmo tempo "Não pai, a gente não quer ir mais para a mãe" e eu pensei, "eles têm razão, mas é mãe" e depois foram ter comigo os dois a cozinha, eu tava na cozinha, foram os dois à frente, e o pai atrás, a dizer "Olha, agora perguntem à vossa avó, qual é a ideia da vossa avó, o que é que ela pensa". Eu tava até a lavar a loiça, que eu tava a ouvir a conversa deles aqui mas eu nem tava a ligar nenhuma, e depois eu disse, "Filhos, claro, são os meus netos, os filhos do meu filho, eu achava muito bem que vocês vivessem com a vossa mãe, já que não tiveram com o pai, pronto, porque não se entenderam, (já não estavam com o pai à 6 anos) por isso acho muito bem, que vocês estejam com a vossa mãe, e acho que uma mãe é sempre mãe, seja o que for, é sempre mãe" por isso eu nunca fui influenciar, nunca fui capaz de dizer fosse o que fosse apesar de eu saber, de perceber, claro que não vi nada, mas que ela realmente, procedeu muito mal, mas "a casa da avó é a do pai também está sempre aberta, vocês façam o que entenderem. Claro que ficava mais satisfeita que vocês dissessem, a mãe já está boa, assim, nós vamos para lá, ficava mais satisfeita, querendo cá ficar...vocês sujeitam-se é às coisas da avó, à maneira de ser da avó, à idade da avó, que eu não sou como os vossos pais, já sou mais velha, já tenho</p>	<p>DESESPERANÇA/ DOENÇA DESILUSAO NA DEDICAÇÃO/ ACOMPANHAMENTO</p> <p>SOBRECARGA FAMILIAR ACTUAL</p> <p>SOFRIMENTO ACUMULADO: PERDA E SOBRECARGA FAMILIAR (RESIGNAÇÃO)</p>
--	--

<p>outras ideias, já tenho outra maneira, e vocês têm que obedecer, cá em casa há regras para tudo, sempre houve, com o vosso pai, com a vossa tia, e continua a haver que eu sou um bocadinho rígida e sou”. Mas é que eu sou mesmo, um bocadinho rígida, e então eles “Não avó, a gente quer cá ficar, ficamos cá os dois, e ficamos com o pai, e assim...”. Claro que eu tinha o meu quarto ali e do meu marido, um dormia no sofá, outro dormia aqui e outro no sofá ali na salinha, claro andamos ainda assim uns mesinhos, mas depois tivemos de mudar, eu disse “Não, não pode ser, isto também não é vida. Eu dou o meu quarto para... (custou-me muito muito muito), dou o meu quarto e vou para a salinha pequenina (onde eu estava sempre com o meu marido), vou para a salinha pequenina, compra-se uma cama e eu dou a minha para o meu filho, que é um quarto grande, a minha cama vai para ti, e compra-se uma para mim e a tua (filho) que era tua vai para um e a outra que está de baixo vai para o outro” E: Teve de reorganizar... N7: Foi. Que foi realmente o primeiro passo, depois de o meu marido falecer, foi um bocadinho difícil, mas pronto, vamos passando, e vai-se passando Sra. Dra.... É a vida. Realmente a vida é um bocadinho dura, mas há casos muito piores! Muito piores, não têm comparação, não é verdade? E a Sra. Dra. Sabe, tem ouvido falar, e fala com as pessoas, e isso tudo...eu tenho dois filhos maravilhosos, mas a minha filha mora na P., mora longe e é professora, e tem um filho, com 12 anos...e é difícil, é difícil claro. Quando o meu marido era vivo, nós íamos muito para lá. E depois a minha filha disse “Ó mãe agora vais passar um tempinho comigo, o meu irmão, fica cá, até lá vai comer se quiser, jantar, e isso assim...”, mas depois aconteceu isto...vou e saio no Verão, dois dias para os meus irmãos que vem cá de fora, tenho um irmão muito doente e passei lá uma semana com ele, tava doente, depois voltei outra vez, tavam eles (netos) de férias, não queriam ir para casa da mãe, mas começaram a ir à mãe, eu disse “Vão a vossa mãe, por favor, vocês vão à vossa mãe, é a vossa mãe, ela fizesse o que fizesse fez disparate, mas é a vossa mãe, e então vão”. Começaram a ir, um dia, depois um fim-de-semana, outro fim-de-semana e lá vão, mas nunca vão de muita vontade (...) o pai já disse: “um vai para os escuteiros, mas o outro fica (em casa), mas vocês tem de nos deixar um fim-de-semana para nós, para mim e para a avó, porque vai um fica outro, a avó tem de fazer comida na mesma, tem de tomar conta, não é tomar conta que eles ficam em casa</p>	<p>ALTERAÇÃO NOS HABITOS /AFASTAMENTO E PROXIMIDADE DO MARIDO (SIMBOLICO)</p> <p>SOFRIMENTO ACUMULADO: PERDA E SOBRECARGA FAMILIAR (RESIGNAÇÃO)</p> <p>EXPRESSAO DE RESIGNAÇÃO/ FATALIDADE COMPARAÇÃO/ RELATIVIZAÇÃO COM SOFRIMENTO DOS OUTROS</p> <p>VALORIZAÇÃO DE APOIO FAMILIAR VS. PERCEPÇÃO DE POUCA DISPONIBILIDADE</p> <p>RECORDA ACTIVIDADES COM MARIDO</p> <p>APOIO DA FAMILIA</p> <p>IMPEDIMENTO DE ACTIVIDADES PRAZEIROAS: SOBRECARGA FAMILIAR ACTIVIDADES PRAZEIROAS/ FAMILIA</p> <p>SOBRECARGA FAMILIAR COMO IMPEDIMENTO DE ACTIVIDADES PRAZEIROAS</p>
--	--

<p>sozinhos, mas fazer comida, e organizar. Se tiverem lá os dois, a avó tá livre pode ir para a tia, pode sair, e assim, e eu também". Ele também precisa coitado, tem uma namorada, e também precisa.</p> <p>(...)</p> <p>Eu não tenho ódio a ninguém, nem raiva a ninguém, mas que ela (ex-nora) me pôs uma grande cruz nas costas pôs. Mas pronto...mas não faz mal. Deus vai-me ajudando, enquanto eu puder e eles também são impecáveis, ajudam-me, levantam a mesa, põe a mesa, fazem as camas deles (...) e são muito meus amigos, sempre de volta de mim, e o meu filho também, impecável, sempre preocupado comigo, e a minha filha também, mas é como eu digo, ela tem uma vida que é, isto agora de professor, é horrível, ela trabalha em dois lados, e então, tem uma vida muito ocupada, "ó mãe, podias vir para cá", "eu posso, assim mais ao fim-de-semana e tu ao fim-de-semana também queres tar com o teu marido, queres namorar, como é que é? (RI). Queres tar com o teu filho e queres ir os três para qualquer lado, ou vão até à praia (...) não vou eu para lá, por acaso o meu filho levou-me à minha sobrinha à outra banda, mas o meu filho tá sempre, "Ó mãe, mas ficas aqui?" "Fico, eu fico, ou vou ali, ou vou aqui (às vezes até invento), olha vou ter com a D. H.", que era uma vizinha minha lá de cima, que eu tou aqui há pouco tempo...por azar eu estava aqui há pouquinho tempo, é que eu tive 43 anos numa casa, ali em cima (...) era um terceiro lugar sem elevador, os meus filhos já há muito tempo que me queriam mudar de casa, mas eu gostava muito de subir e tal, mas depois via que já não conseguia. O meu marido, os filhos levavam-no, o genro, os meus netos, mas ele coitadinho, já não podia subir nem descer, já ia de rastos, e eu disse "Não, isto...", sofri muito, chorei muito e emagreci 5 Kg, só para mudar para aqui, porque eu não conhecia ninguém. Eu sou daqui perto, mas não conhecia ninguém, porque eu sou, eu também não sou uma pessoa que sou, posso conhecer uma pessoa que passa, a ir, por exemplo, ao médico, "Bom dia", "Boa tarde", mas não...alias, já estou aqui já fez 2 anos, em Outubro, e pronto, sinto-me à mesma sozinha, porque não tenho aqui ninguém.</p> <p>E: E a outra casa que tinha, tinha pessoas de toda a vida...</p> <p>N7: Pronto. Agora só lá as pessoas de 40 e tal anos é que estavam lá primeiro do que eu, que nós fomos estrear o prédio... estamos nós e uma senhora, no 2º e nós encontramos, ela vem cá e eu vou lá, mas ela como tá</p>	<p>SOBRECARGA FAMILIAR</p> <p>RESIGNAÇÃO/ SUBMISSÃO (RELIGIOSO) APOIO FAMILIAR</p> <p>APOIO FAMILIAR</p> <p>PERCEÇÃO DE POUCA DISPONIBILIDADE FAMILIAR</p> <p>PERCEÇÃO DE POUCA DISPONIBILIDADE FAMILIAR</p> <p>INCENTIVO FAMILIAR PARA ACTIVIDADES</p> <p>APOIO VIZINHA/ AMIGA</p> <p>MUDANÇA DE CASA (DOENÇA)</p> <p>AGRAVAMENTO DA DOENÇA</p> <p>MUDANÇA DE CASA (DOENÇA) COMO SOFRIMENTO ACUMULADO (PERDA SOCIAL)</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS (INIBIÇÃO)</p> <p>PERDA SOCIAL (DOENÇA)</p> <p>REF. HISTÓRIA DE VIDA DO CASAL</p>
--	---

<p>sozinha, as vezes vem cá e encontramos-nos para beber um café ali na avenida ou assim, mas eu também não sou pessoa de me estar a meter com as pessoas, não gosto. Há aqui uma senhora que morreu-lhe agora a mãe, e a senhora coitada estava com um bocadinho de dificuldades (...) e eu ofereci-me: “se precisar de alguma coisa já sabe que pode contar, no que eu posso” (...) mas eu ir para casa das pessoas, ou dar-me assim, não sou assim muito. Nunca fui, é que nunca fui. (...)</p>	<p>ACTVIDADES/ CONTACTO SOCIAL CARACTERISTICAS PESSOAIS (INIBIÇÃO) CARACTERISTICAS PESSOAIS (APOIO) CARACTERISTICAS PESSOAIS (INIBIÇÃO)</p>
<p>Tenho uma irmã, que mora cá, agora fui vê-la, está no Hospital, vai fazer, fez 15 dias segunda-feira, foi operada, a uma queimadura (...) morreu-lhe uma netinha aqui faz três anos, a mim também me morreu uma neta. Do meu filho, ele veio para cá em Agosto e ela tinha morrido em Julho. Morreu também com 22 anos, adoeceu com 15, sofreu 7 anos, coitadinha, e agora depois foi a minha sobrinha também, com 19 anos, a minha ia fazer 23. De maneira que também a minha irmã, que tem mais dois netos, e é assim...é a vida. (...)</p>	<p>CONTACTO FAMILIAR HISTÓRIA DE PERDAS ANTERIORES FATALIDADE DA VIDA</p>
<p>Isto foi tudo a seguir à morte do marido (questão dos netos), por isso é que eu...no principio é o sonho... Eu tive muitas voltas a dar, nas finanças, depois ainda por cima, tínhamos a campa, o meu marido foi cremado, aqui no A. A minha neta foi cremada, eu nem sabia, porque eles na altura já estavam separados e ela nem queria nada com o pai, não se dava com o pai, não falava com o pai, comigo, eu é que ainda ia ao Hospital, a primeira vez que ela foi internada, mas depois, não me deixavam entrar, mas depois por fim eu tive que entrar, e os médicos até já me diziam para eu entrar (...) íamos para Fátima, eu a minha filha, o um genro e o meu marido, e ela (ex-nora) telefonou, “Olha a C. está mal” “Está mal? Olha, já vamos perto de Fátima a gente também não se demora, e eu tinha ideias de passar depois por aí, de regresso, então depois passamos” e quando nós chegamos já estava a menina muito mal. Ela (ex-nora) deixou-nos entrar, entrei e a minha filha, que para estas coisas custa-lhe muito, até do pai, ela entrou e saiu, e o meu genro também entrou e saiu, o meu marido também foi lá, ver a neta, e eu estive lá mais assim um bocadinho, e depois viemo-nos embora, mas a menina estava quase morta, coitadinha. (...)</p>	<p>SOBRECARGA FAMILIAR COMO SOFRIMENTO ACUMULADO À PERDA DO MARIDO SENSAÇÕES INICIAIS PÓS PERDA ASSUNTOS PRATICOS/ BUROCRATICOS RITUAIS FUNEBRES REF. PERDAS ANTERIORES/ SOFRIMENTO ACUMULADO CONFLITOS FAMILIARES/ SOFRIMENTO</p>
<p>O meu marido também quis ser cremado (...) depois tive muitos problemas (...) as finanças, a campa, depois foram os cunhados, depois eram os herdeiros, olhe, tanta tanta tralha, e</p>	<p>RITUAIS FUNEBRES RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS BUROCRATICOS</p>

<p>depois a primeira cartinha que eu recebi da segurança social, a dizer que a minha reforma estava retida, porque o meu marido tinha sido casado com uma senhora, há 50, 57, 58 anos, e nós vivemos maritalmente...o meu filho tinha 17, vivemos uns 18 anos, porque nós casámos depois do 25 de Abril, no ano de 25 de Abril, foi logo, porque veio o menino e o advogado do meu marido, que era amigo disse, "Olha, a tua ex-mulher quer separação por pessoas e bens" porque se nós tivéssemos alguma coisa vinha ter ao...ou daqui ia para lá. Então o meu marido só pode dar o nome ao meu filho, aos dois anos, um grande desgosto também que eu tive porque eu não sabia, a gente viver, eu ir porque gostava do meu marido, e saber que não podia casar, que eu adorava casar, era uma coisa, agora o meu filho, sem ter culpa nenhuma, eu aí fui apanhada completamente de surpresa. Senão eu não queria filhos, enquanto não tivesse a situação, depois então ao fim de 2 anos deram, ela... (que eu não conheço a senhora, ela mora em A. e eu morava aqui), deu, deu-lhe o nome (ao filho) e depois, houve o divórcio, a seguir ao 25 de Abril, logo no ano, o mesmo advogado tratou do divórcio, mas não sabiam se ela tinha que ter como é que se diz...o meu marido tinha se lhe dar pensão. O meu marido eu sabia que ele nunca tinha dado, porque eu é que tomava conta do dinheiro, ele coitadinho, durante tantos anos ele não ligava nenhuma, se tinha a pensão, ele não ligava nenhuma, e era eu que tomava conta, ora eu acho que a senhora, se tivesse direito, vinha pedir. Pensava eu, eu, eu ia! Se tivesse direito, eu ia, então não é? Se ficasse escrito como o meu marido tinha de me dar, eu ia, mas a senhora nunca veio, nunca a vi, depois disso, nunca, nunca a vi, nem o meu marido no divórcio, também nunca a viu.</p>	<p>HISTÓRIA DO MARIDO (1º CASAMENTO) HISTÓRIA DO CASAL/ RELAÇÃO DESGOSTO NA RELAÇÃO COM MARIDO GESTAO FINANCEIRA DO CASAL CARACTERISTICAS DO MARIDO PROBLEMAS BUROCRATICOS / INSEGURANÇA FINANCEIRA INSEGURANÇA/ MEDO RELAÇÃO COM MARIDO/ INSEGURANÇA FINANCEIRA RESOLUÇÃO DAS QUESTÕES BUROCRATICAS CONFIRMAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA PROMESSA DE SEGURANÇA FINANCEIRA RECOMPENSA FINANCEIRA SENTIDA</p>
<p>(...) Aquilo foi um problema. A primeira coisa que recebi foi que a pensão ficava retida, porque havia 2ª pessoa. Fiquei...meu Deus...o meu marido dizia-me sempre "Quando eu morrer ficas com uma pensãozinha jeitosa, chega para ti", eu também tenho a minha, mas a minha é baixinha, e eu..."ele nunca me falou em nada, nunca me disse nada", bem, começamo-nos a mexer, eu disseram-me para ir logo ao tribunal (...) tanta papelada, tanta confusão, mas consegui. Ao fim de 15 dias quando lá fui buscar o papel (...) ela disse "Não, não, o seu marido nunca deu, nem nunca ficou de dar, se ela tivesse ficado de dar, agora tinha de dar mesmo, mesmo". Digo eu, eu e o meu marido 29 anos doente, aqueles aninhos teve bom, mas sempre fui eu</p>	

<p>que tratei dele, agora vem outra pessoa que não tem, só tiveram casados 11 meses, como é que ainda vão buscar essas coisas todas? (...) Chega para viver, para ajudar o meu filho, que ele também precisa e os meus netos. Ainda chega, graças a Deus, a gente orientando, não é? Nunca vivi com grandezas por isso, é preciso é haver o comer e pagar as despesas, a casa graças a Deus, ta paga, ah pois, e depois foi quando eu mudei para aqui, comprei a casa por causa do elevador, o meu marido ainda gozou um bocadinho, não chegou a 5 meses, que eu ainda o levei a rua, com a cadeira, levei-o à rua, ia no elevador, e dava ali umas voltinhas e assim, e quando íamos para o médico e assim íamos sempre na cadeirinha dele, e íamos sair, o meu filho levava-o no carro, pronto, não fiquei com remorsos, porque senão eu ficava, ao fim daqueles meses, ele coitadinho veio para aqui em Outubro, em Junho entrou para o H. nunca mais saiu. Por isso fiquei... não fiquei com remorsos, fiquei aliviada. Sofri muito, ainda hoje sinto assim um bocadinho de solidão, mas... porque a gente chegava lá à janela (antiga casa) "Olá bom dia!", só assim, porque tive ali muitos anos, pessoas conhecidas, não era agora as novas, não era preciso grandes conversas... aqui, paciência! Já tou mais habituada, a pessoa ta aqui assim não vê ninguém. Vou aqui a janela, para a rua, mas... ali é para trás... mas eu também saio, também não me meto assim aqui em casa, também vou dar uma volta, vou muitas vezes, agora a minha irmã ta no hospital, é com mais dificuldade, tenho que ir vê-la lá na A., mas vou a Lisboa muitas vezes, e isso assim... e é assim. E cá estou (...) temos que viver, temos que ir para a frente, e é muito difícil e o tempo vai passando, traz saudades, mas... (chora), sempre foi assim e é com toda a gente. É isso que eu dizia muitas vezes ao meu marido, "Estás aí, realmente, estás cheio de dores, a pensar que vais morrer, tás assim, lembra-te do que a neta sofreu, se nova, com tanta vida à frente, nunca gozou nada, começou com 15 anos, coitadinha, nunca gozou, e tu já gozaste, nós já gozamos, já temos estas idades, e ela coitadinha foi tão nova, não é?" E temos que ver assim e enfrentar assim, porque muitas vezes eu falava lá com a Dra. (...) e elas ouviam-me e diziam-me "Como é que a senhora fala assim? Como é que tem coragem e falar assim?" ali a verem o meu marido tão mal. Eu dizia: "Talvez porque sou católica, praticante, e talvez seja isso que me ajuda muito." E é a graças a Deus, que eu nunca me revoltei, nunca... e Deus queira que</p>	<p>COMO RECOMPENSA DE CUIDADOS</p> <p>ESTABILIDADE FINANCEIRA ACTUAL/ APOIA À FAMILIA</p> <p>ESFORÇO NOS CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>ESFORÇO NOS CUIDADOS AO MARIDO/ NECESSIDADE DE EVITAR REMORSOS</p> <p>HOSPITALIZAÇÃO DO MARIDO (PIORIA) ESFORÇO NOS CUIDADOS AO MARIDO/ NECESSIDADE DE EVITAR REMORSOS SOFRIMENTO SOLIDÃO (MUDANÇA/ PERDA SOCIAL)</p> <p>RESIGNAÇÃO NA PERDA SOCIAL</p> <p>ISOLAMENTO SOCIAL</p> <p>ACTIVIDADES (SAIR)</p> <p>ACTIVIDADES (SAIR)</p> <p>VONTADE DE PROSSEGUIR COM A VIDA DIFICULDADE/ SAUDADES</p> <p>RESIGNAÇÃO – FATALIDADE DA VIDA</p> <p>RESIGNAÇÃO: COMPARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE FATALIDADE DA VIDA NO MARIDO E NETA</p> <p>A VISÃO DOS OUTROS</p> <p>RECURSO RELIGIOSO PARA ACEITAÇÃO DE FATALIDADE</p> <p>ACEITAÇÃO DA VONTADE DIVINA</p>
---	---

<p>nunca me revolte, nunca me revoltei, aceito o que Deus me manda, se Deus entende que é assim. Sabe que, talvez porque... (chora) fiquei sem o meu pai tinha 5 anos (prolonga choro).</p> <p>Desculpe, já estava a espera disso... (chorar). O meu pai morreu, deixou 7 filhos, o meu pai morreu com 39 anos, deixou 7 filhos. A minha mãe tinha um bebe de três semanas. O meu pai adoeceu em 6 meses, tuberculose naquela altura dava cabo das pessoas. E nós ficámos todos pequeninos, um mais velhinho (está em Inglaterra mas também está muito mal, também já tem 85 anos, é o mais velho) e então ficámos, todos, depois tivemos que nos separar todos. Tive que depois, fui aos 7 anos para a madrinha, a outra foi para o padrinho, só o mais novo é que ficou com a minha mãezinha, tinha 2 aninhos ou o que era, quando o meu pai morreu. E ficamos todos, mas nunca, como irmãos, nunca nos separámos. Tenho 3 irmãos em Inglaterra, uma irmã e dois irmãos, morreu-me a outra e tenho cá uma irmã. E sempre fomos muito amigos e por exemplo hoje, que até posso telefonar com mais facilidade, telefono muitas vezes, e damo-nos todos muito bem graças a Deus. Agora até queria ir ver o meu irmão, queria lá ir a Inglaterra, a ver o meu irmão. Os meus filhos estão fartos de dizer para eu ir já, queriam que eu já fosse agora, e eu assim "Agora está muito frio, lá está muito frio e está desagradável". Lá em casa não tem frio, mas a gente vem à rua e tem frio. "Ó mãe, depois... (o meu filho), veja lá se depois o tio depois vai para um lar, depois a mãe fica com remorsos", que eu depois fico com pena. Aqui há dias disse "Não, olha, sabes para Maio era o tempo melhor, tá mais quentinho, e se Deus quiser o mano não vai piorar", mantém-se, mantém-se, tem lá as pessoas para tratarem dele e assim...</p> <p>De maneira que ficámos muito novos tudo separado, tudo, depois tivemos que ir para aqui, ir para ali, vir para Lisboa, depois foi as minhas irmãs também, os meus irmãos também ficaram barbeiros que o meu pai também era, começaram a trabalhar por conta deles e a subir, o mais velho, um levou o outro, depois levou o outro, o mais novo depois ainda estudou, e esse é que realmente tem um curso de tradutor, que deve ao irmão mais velho, que o deixou estudar. E nós não pudemos, não é? Eu adorava estudar, não consegui, e vivemos sempre uma vida muito humilde, muito pobre, e sempre nos conformámos com aquilo que a minha mãe nos podia dar, um bocadinho de pão, uma coisinha qualquer. Agora está muito difícil, mas naquela altura, meu Deus, e eu então</p>	<p>PERDA NA INFANCIA (PAI)</p> <p>PERDA NA INFANCIA COMO FONTE DE SOFRIMENTO ACTUAL</p> <p>PERDA ACUMULADA NA INFANCIA = SEPARAÇÃO DOS IRMAOS</p> <p>FAMILIA ACTUAL (IRMAOS) – CONTACTO</p> <p>DESEJO DE VIAJAR PARA VISITAR O IRMAO APOIO FAMILIAR/ INCENTIVO A ACTIVIDADES</p> <p>ANTECIPAÇÃO DE REMORSOS CASO NÃO VIAJE A TEMPO</p> <p>FATALIDADE DA INFANCIA</p> <p>LAMENTA A IMPOSSIBILIDADE DE TER ESTUDADO NA INFANCIA</p> <p>CONFORMISMO DESDE INFANCIA</p>
---	---

<p>digo, realmente, as pessoas, ainda bem que nunca passaram nem metade, nem um quarto do que eu passei, e os meus irmãos, mas não digo que passei fome, mas a minha mãe coitadinha, tinha de fazer uma panela de sopa e dava para todos, cozia o pão e era para todos (...) e talvez porque me habituei a ter quase nada, não é? E aceitar, sempre tive o desgosto do meu pai ter morrido porque me lembro de ele com 5 anos, ainda me lembro de ele ter morrido, de tar doente, disso tudo, um desgosto, mas...aceitava. Pronto, Deus entendeu que havia de levar, levou e depois durante a vida graças a Deus nunca me revoltei e acho que é uma coisa boa. Acho que a pessoa revoltada "Ai!" não sei, a mim faz-me impressão. Então aceito. E aceitei, a doença do meu marido e aceitei que sofri muito, sofri muito e então agora ultimamente meu Deus...só há uma coisa que ainda anteontem, um dia destes falei com esta senhora que morreu a mãe, e ainda há bocado, já 11 meses que já faz sábado, e ele teve 8 meses no hospital, por tanto há quase 2 anos que tava a tratar dele, a cuidar dele, que lhe dava banho...nós tínhamos polibã na outra casa, nós fizemos obras e aqui o meu filho, aqui não tinha polibã, esta casa era de uma amiga minha, tem duas casas de banho mas não tinha polibã, tinha só uma banheira, o meu filho imediatamente mandou fazer aqui na casa de banho maior um polibã, para dar banho ao meu marido (...) tinha a cadeira para andar aqui, a cadeira para andar ali, tinha tudo, graças a Deus, e o meu marido também claro, era um bocadinho teimoso, os homens, (as mulheres também são), mas pronto, tava saturado, tava cansado, ele diz "Tou farto disto, tar aqui e eu não me posso vestir..." o meu marido já não comia, já não fazia nada, nada, nada, não comia, coitadinho, já não andava, tinha que lhe fazer tudo, por o babete, por a fazer chichi e depois primeiro que eu o habituasse, ainda antes de ter assim a cadeira que já tinha lá o coiso para fazer chichi, sentá-lo na sanita, que é tão difícil! Eu dizia "Ó filho, tens que te sentar, que eu depois dou-te a volta,", tínhamos lá assim uma coisa para ele se agarrar, "E depois eu dou-te a volta e sentaste na cadeira, porque fazes chichi em pé vai-te pelas pernas, vai-te por tudo, suja tudo, assim não, se te sentares sentaste e fazes muito bem o chichi" e o meu marido depois foi, mas primeiro foi um problema (...) e ele uma vez eu estava a vesti-lo e ele muita teimoso, não queria vestir, tirar as calças e "nhan, nhan" e eu já tava também cansada, fiz só assim na perna (palmada), mas fez eco, mas foi assim. E ele, só me lembra das palavras dele "Tás-</p>	<p>DIFICULDADES NA INFANCIA</p> <p>RESIGNAÇÃO / ACEITAÇÃO DA FATALIDADE PERDA DO PAI NA INFANCIA COMO DESGOSTO</p> <p>DESGOSTO VS. ACEITAÇÃO DA FATALIDADE</p> <p>ACEITAÇÃO DA VONTADE DE DIVINA</p> <p>ACEITAÇÃO DA DOENÇA DO MARIDO SOFRIMENTO</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO – RECURSOS MATERIAIS CARACTERISTICAS DO MARIDO – TEIMOSO</p> <p>SATURAÇÃO DO MARIDO: DOENÇA E DEPENDENCIA</p> <p>AGRAVAMENTO DA DOENÇA – DEPENDENCIA</p> <p>DIFICULDADES NA DOENÇA E CUIDADOS-DEPENDENCIA</p> <p>DIFICULDADES NA DOENÇA E CUIDADOS-DEPENDENCIA</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO – TEIMOSO CANSAÇO COMO CUIDADORA</p>
--	---

<p>me a bater”, “Não Z., é que tu não enfias...eu tou aqui há tanto tempo, não consigo sozinha, levanta a perna”, porque eu tava sozinha, veio cá uma senhora depois todos os dias para me ajudar, mas nesse dia não estava, e eu assim “É que eu não consigo, levanta a perna que é para eu te poder enfiar as calças, tu não levantas eu não consigo”, já não tinha forças, tava também já muito em baixo...e isso, o toque de eu, fazer assim e ele “Tás-me a bater” e eu disse “Não, Z. eu nunca te ia bater, fiz-te só assim para ver se tu conseguias...levantar a perna”, mas fiquei com remorsos muitos meses. E ainda me lembro, no outro dia estava a falar com essa senhora e penso assim, “Meus Deus”, mas eu nunca fiz, e acho que isso não tem mal, pronto...que Deus perdoa-me, porque eu não fiz isso com aquela raiva, com aquela...eu também andava muito cansada. Porque ele era...aquilo era já o cansaço, não é? E eu na minha cama eu tava quase a beirinha da cama, empurrava-me toda, eu andava já para comprar uma cama de grades, até era para comprar essa semana em que ele foi para o Hospital, porque ele caía-me, tinha medo que ele me caísse da cama. É um perigo e eu ia para a beirinha para lhe dar a cama toda (...). Vai-se vivendo, eu todos os dias tenho de sair, ou vou a qualquer coisa, tenho que arranjar, porque a casa é grande, mas também tenho quem me ajude a limpar a casa e eles também me ajudam e eu vou fazendo, se não tiver melhor, tá pior (...). A vida continua, a vida anda, a vida não pára. A vida só pára para quem vai. Mas também quando se chega a uma certa altura, em que a pessoa está como estava o meu marido e como estão milhares de pessoas, não é? Coitadinhos. Ele já não conseguia. Eu só tava com receio que mo mandassem de S.J., a A.S. nem sabia o que havia de fazer, acho que a minha filha, uma vez nem foi muito agradável, porque tiravam dali o meu marido e punham-no aonde? Eu não tinha dinheiro para pagar um lar. Há um lar aqui em cima que eu até sou sócia. Fui lá falar e fui a vários lares, e era, salvo erro 1.400€, e o resto? Os medicamentos, as fraldas: eu não tinha dinheiro para isso. O meu marido estava isento, tinha 70% de incapacidade, ficou logo assim que foi operado a 1ª vez (...) ele foi fazer radioterapia ao l. e não devia ter feito, por isso é que estragou a cabeça, não devia ter ido. Porque o meu marido não precisava, porque o meu marido tinha “meningioma”, não era nada canceroso mas o médico dele não estava e o outro “E se fossemos fazer, para ver se ele não era operado?”. Sei que eles também não querem o mal de ninguém</p>	<p>CANSAÇO COM CUIDADORA</p> <p>REMORSOS NOS CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>REMORSOS/ NECESSIDADE DE PERDÃO CANSAÇO</p> <p>SACRIFICIOS COMO CUIDADORA</p> <p>MEDOS COMO CUIDADORA</p> <p>NECESSIDADE ACTUAL DE SAIR DE CASA</p> <p>APOIO NAS TAREFAS DOMESTICAS</p> <p>CONTINUAÇÃO DA VIDA/ ULTRAPASSAR FATALIDADE DA VIDA / MORTE</p> <p>MORTE COMO RESOLUÇÃO DO SOFRIMENTO</p> <p>INSEGURANÇA NA EQUIPA DE SAUDE (ABANDONO)</p> <p>INSEGURANÇA NA EQUIPA DE SAUDE (ABANDONO)</p> <p>ESFORÇO FINANCEIRO NÃO SUPORTÁVEL PARA CUIDADOS DE SAUDE</p> <p>PERCEPÇÃO DE MAUS TRATAMENTOS MÉDICOS</p>
--	--

<p>“Se fossem fazer para não ser operado?” e eu, “Ó Sr. Dr. Quem sou eu?” uma pessoa não sabe, não é? “Tudo o que seja bom para o meu marido”. Então, olhe foi para o I. fazer 30 e tal sessões que ele uma vez chamou, gritou, e eu não estava lá. Claro que a gente nunca está. Gritou pelas enfermeiras que elas queimaram-lhe a pele, descuidaram-se e por isso é que agora não conseguiu coser. As enf. De H. disseram, e a Dr. (...) uma rapariga nova, muito simpática, disse-me assim “D. nunca queira ver a cabeça do seu marido” e eu “Como é que tá?” “Nunca queira ver, sabe a gente para o tratar como é que faz? Poelhe... (Como se chama? Aquilo que é para as dores? Para não ter dores?) Morfina. Para tratar dele temos que por morfina”, “Ai Sra. Enf. Deve ter muitas dores o meu marido quando tratam”, “Não, que a gente põe-lhe um bocadinho de morfina”, diz ela. “Ai pronto, é preciso é ele não ter dores, coitadinho”. Diz ela “Nunca queira ver”. O meu marido tinha um capacete, sempre teve um capacete, e ele tirava o capacete, algumas vezes tirava (...) e eu tive curiosidade de ver, “Fiquei arrepiada” (...) tinha uma ferida, era horrível, não cicatrizava e cada vez estava pior. Diziam elas também, “cada vez está pior”. Depois dali foi lá para o C. também foram muito simpáticas, a A. foi muito simpática e a outra, também falei lá com uma psicóloga, andaram lá sempre de volta de mim, não sei porque, ou porque eu tinha já esta idade, não sei, é natural que seja...para acompanhar, que é mais agradável...aqui nas I. também tiveram e realmente é mais agradável. E elas foram realmente simpáticas, e pronto, agradeço-lhes imenso, nunca mais fui a SJ. Nem a C. Nem a I. Havia ali uma enfermeira que era extraordinária. Quando o meu marido estava a acabar. Ia de camioneta, ia aos paliativos, onde é o hospital novo, e eu tava lá sozinha, a minha filha acho que já lá tinha estado. O meu marido nesse dia estava com o oxigénio só, já lhe tinham tirado tudo. E eu comecei a ver, porque ele até ali ainda falava, ainda dizia assim qualquer coisinha, mas depois naquele dia digo assim, “O meu marido já só tem oxigénio, não é nada bom”, com oxigénio já se sabe. Eu deixei-o estar, ali ao pé dele, estava ali assim, ainda fui perguntar porque é que ele só tinha oxigénio, já não sei o que elas me responderam, não me lembro... e era um enfermeiro da manha, era muito simpático, e depois, eu comecei a ver uma coisa esquisita, que eu nunca tinha visto, as unhas do meu marido ficarem escuras, negras, completamente negras, de repente “Ai meu Deus, o meu marido tem as unhas negras, é algum sintoma”, mas a carinha tava</p>	<p>PERCEÇÃO DE NEGLIGENCIA NOS TRATAMENTOS</p> <p>VALORIZAÇÃO DA SIMPATIA DA EQUIPA</p> <p>PERCEÇÃO DE MAU ESTADO DO MARIDO/ PROTECÇÃO POR PARTE DA EQUIPA</p> <p>PERCEÇÃO DE MAU ESTADO DO MARIDO</p> <p>PREOCUPAÇÃO COM DORES NA DOENÇA</p> <p>PERCEÇÃO DE MAU ESTADO DO MARIDO – PIORIA</p> <p>VALORIZAÇÃO DA SIMPATIA DAS EQUIPAS</p> <p>VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO/ PREOCUPAÇÃO DA EQUIPA</p> <p>VALORIZAÇÃO DA SIMPATIA DAS EQUIPAS</p> <p>EVITAÇÃO DE REGRESSO AS INSTITUIÇÕES</p> <p>VALORIZAÇÃO DA EQUIPA</p> <p>PERCEÇÃO DE FIM DE VIDA – DIA DA MORTE</p> <p>PERCEÇÃO DE FIM DE VIDA – DIA DA MORTE</p> <p>PERCEÇÃO DE FIM DE VIDA – DIA DA MORTE</p>
---	--

<p>branquinha ainda, levantei-lhe os lençóis, eram as unhas dos pés, negros e depois eu comecei a ver vir pela perna acima. Fui logo chamá-las. Fui assim “O Sra. Enfermeira o meu marido não tá bem, o meu marido ta a acabar de certeza, que ele ta-se a por todo negrinho e elas disseram, “não, não, (ali o enfermeiro) ...não não é”, “O meu marido tá a acabar”. Então levaram-me para uma sala para conversar e ficaram outros a tratar dele. E o meu marido acabou mesmo, daí a um bocado, aquilo era o fim. Depois os meus filhos não queriam abrir, queriam fechar, eu não, não quiseram levar aberto para a igreja, lá tinha que ser tudo silencioso se quisessem chamar a família, os sobrinhos e assim para se despedirem. Ela até telefonaram para a minha filha, com certeza, foram elas, e para o meu filho, porque não fui sei. Sei que eles apareceram-me logo lá, enquanto eu estava a falar com eles lá dentro. E depois quando eu fui, para tar um bocadinho com ele, para me despedir, o meu marido tava completamente branquinho. Esquisito, como é que uma pessoa fica assim, devia-se ter posto completamente todo negro, porque tava a pôr-se assim e depois tava completamente branquinho, branquinho, branquinho...a carinha, as mãos, as unhas, tava completamente branquinho. E ficou sem sofrimento porque eu sei porque eu tava lá. Se eu não tivesse, a gente, diziam que sim, tudo bem a gente temos que acreditar, mas eu tava lá e o meu marido não se mexeu, calminho, mesmo ali, é mesmo para isso, para isso é que o levaram para lá (...) tinha de ser tudo muito caladinho, mas ele tava tão calminho, ficou tão calmo, tão calminho, que eu disse “Meu Deus que bom que é, sofreu tanto, ao menos agora que morra descansadinho” e foi, ficou muito bem, muito calminho. E assim, lá se fechou, lá se foi para a igreja e assim...eu nem me lembrava que ele queria ser cremado, meu Deus. Ele falou, foi saber até ali acima o preço e tudo. O meu genro até dizia assim e tudo, é muito brincalhão, “Olhe o melhor é pagar já, paga já, fica descansado, já foi saber os preços e tudo”, eu não me lembrava, todos sabiam, até cunhados e amigos, até esta mocinha que eu tava a falar e a mãe, “Então não te lembras que ele queria ser cremado?” e foi depois da minha neta morrer, que ele nunca tinha falado nisso. E eu disse assim “Ah, pois foi, então olhem, tratem disso” e como eu sabia que tínhamos aqui cremação, tínhamos aqui a campa, então...é cremado ali e levanta-se a campa e pronto, apesar de a gente mexer na campa é que foi um problema, mas pronto, conseguiu-se tudo. E ficou lá,</p>	<p>PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA – DIA DA MORTE</p> <p>MOMENTO DA MORTE</p> <p>RITUAIS FUNEBRES (CONFLITOS NA FAMÍLIA)</p> <p>DESPEDIDA DA FAMÍLIA</p> <p>DESPEDIDA DO MARIDO FALECIDO</p> <p>CERTEZA / CONSOLO DE TER FALECIDO SEM SOFRIMENTO</p> <p>CONSOLO DE TER FALECIDO SEM SOFRIMENTO</p> <p>RITUAIS FUNEBRES – IGREJA E CREMAÇÃO (CUMPRIMENTO DA VONTADE DO MARIDO)</p> <p>DESEJO DO MARIDO SER CREMADO</p> <p>REF. MORTE DA NETA</p> <p>DECISAO DE RITUAIS FUNEBRES</p> <p>PROBLEMAS BUROCRATICOS (CAMP)</p>
---	--

<p>descansadinho... no potezinho, que nós somos reduzidos a cinzas realmente, uma coisa tão grande e fica numa coisa tão pequenina, não é? E eu não sei, talvez seja bom ser-se assim cremado. Ainda hoje vou ao mar, e sei, não estão, mas parece que vejo as cinzas da minha neta. Mas pronto, já não andam por aqui, agora mudam para acolá, agora...é assim, se a pessoa quer, pronto, e fez-se a vontade. É assim...e já falei demais (ri). E é assim que passamos. Um tem que ir a frente, e eu só pedia a Deus, "Meus Deus, não quero que o meu marido vá à minha frente, mas também não queria ir a frente dele", até nós quando estávamos a conversar, "Ó Z. porque se eu for à tua frente...". O meu marido era um homem que não tinha jeito nenhum para nada, nem para fazer um chá, porque como eu não era empregada, estava habituado, eu estive sempre em casa. Eu dizia "Ó Z., mas tu..." e ele também diz "Eu também não queria ficar viúvo, mas também não quero que tu fiques viúva", "mas também um tem que ir a frente, e se eu for a frente, coitadinho de ti" e é verdade, quem é que tratava do meu marido? Os filhos não podem, e leva-lo para um lar? Eu vou muitas vezes ali a cima ao lar, tenho, mesmo antes do meu marido tar doente, assim, tenho lá uma pessoa há uns 10 anos, vou lá muitas vezes e eu vinha sempre de lá a chorar, acho...ai as pessoas a chamarem por nós, as outras pessoas, e as pessoas ali a gritar e as pessoas ali com a cabeça caída. Acho que, enquanto se puder...digo para a minha cunhada lá de Inglaterra, "Olha filha, dá muito trabalho, mas o dinheiro que vais pagar para um lar, paga a quem te ajude em casa, se podes pagar, paga a quem te ajude ao teu marido tar contigo" porque acho que um lar, um lar, a gente sabe que faz-se para as pessoas, e coitadinha de muita gente que tá lá. Ainda enquanto vão de manhã e vem à noite, vêm dormir a sua casinha mas quando eles vão realmente e tão lá noite e dia, e a pessoa quando está lúcida, ainda, saber que já não está na sua casa...a nossa casa não presta para nada, que a nossa casa são paredes, são móveis, não é? Acho que sim, a nossa casa, o que é que é isto? Mas, é o nosso cantinho, não é? Onde já vivemos com outras pessoas. E os meus filhos fartaram-se de dizer para tratar de o pai ir para um lar, ainda corri bastantes lares, e eles também, mas graças a Deus, não foi. (Chora) Foi para o Hospital, mas pronto, para o Hospital, eu aceitava melhor, que estava com os médicos, tava a ser tratado, não é? Num lar, é diferente. E pronto...e foi assim. A gente tem de se conformar que é vida (chora). Tudo o</p>	<p>RITUAIS FUNEBRES – DESCANSO</p> <p>CONSOLO NA CREMAÇÃO/ PRESENÇA DO FALECIDO – REF. MORTE DA NETA</p> <p>CONSOLO NA CREMAÇÃO (VONTADE DO MARIDO)</p> <p>FANTASIA / DESEJO DE PROTECÇÃO COMO CUIDADORA</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>AUSENCIA DE ACT. LABORAL</p> <p>FANTASIA / DESEJO DE PROTECÇÃO MUTUA</p> <p>FANTASIA / DESEJO DE PROTECÇÃO COMO CUIDADORA</p> <p>DESEJO DE EVITAR LAR/ PERCEPÇÃO DE SOFRIMENTO</p> <p>DESEJO DE EVITAR LAR/ PERCEPÇÃO DE SOFRIMENTO</p> <p>VALORIZAÇÃO VS. DESVALORIZAÇÃO DA CASA</p> <p>CASA COMO SIMBOLO DE RECORDAÇÕES</p> <p>POSSIBILIDADE DE INSTITUCIONALIZAR MARIDO</p> <p>VALORIZAÇÃO DE CUIDADOS MEDICOS</p> <p>FATALIDADE DA VIDA</p>
---	--

<p>que nasce, morre. Ninguém cá fica, nós vamos todos. Uns mais cedo e outros mais tarde. Já tenho essa experiência, não é? Mais cedo, mais tarde (...) À minha filha dizia-lhe às vezes “Ó filha não me desejes que eu ande por aí”, (...) a gente morre quando chegar o nosso dia, mas digo-lhe, ainda hoje vejo as pessoas, velhinhas, quase sem poder andar, com tanta dificuldade, eu ponho já o caso em mim (ri). Nos quando somos novos, eu pensava também, que sempre gostei muito de ajudar, mas a gente pensa assim “Não se poder levantar, não ter ninguém”, há pessoas que não tem ninguém, há pessoas que são abandonadas pelos filhos, há pessoas...conheço uma ali em cima, a mãe coitadinha via-a na rua, “Anda aqui sozinha, tá frio, muito frio, vá para casa”, “Não, D. R. – chorava - a minha filha não me quer lá em casa, diz para vir para a rua ” (...) ela também me disse uma vez “Sabe que eu não falo ao seu marido?”, “Eu não, sei lá se a senhora fala ao meu marido ou não, toda a gente fala ao meu marido”. É, o meu marido falava a toda a gente, por isso, toda a gente o conhecia ali, era sempre o Z. para todo o lado (...) “Ela diz que não te fala, “Olha, nunca dei por isso”, ele ligava tanto que nunca deu por isso (...) (ri)</p>	<p>ANTECIPAÇÃO DA PROPRIA EFEMERIDADE</p> <p>FATALIDADE DA VIDA</p> <p>ANTECIPAÇÃO DO PROPRIO ENVELHECIMENTO</p> <p>LAMENTA (ENVELHECIMENTO) DEPENDENCIA COMPARAÇÃO COM OS OUTROS</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO - SOCIAL</p>
--	---

RESUMO DE TEMAS N7:

1. Sobrecarga familiar como fonte de sofrimento posterior à morte
2. Descrição da doença do marido desde diagnóstico, “mau prognóstico”, evolução, tratamentos. Esperança na melhoria vs. Desilusão dolorosa no agravamento
3. Morte tranquila sem dores como consolo de fim do sofrimento
4. 1º Aniversário da morte
5. Acompanhamento/ cuidados ao marido na doença (esforço): preocupação de ter feito tudo vs. Remorsos
6. Percepção de maus cuidados de saúde vs. Bons cuidados de saúde
7. Descrição de actividades e características do marido (positivas e negativas) – valorização social
8. Relação com o marido: o simbolismo da casa (presença/ recordações), a história do casal vs. Desgosto do 1º casamento do marido, fantasia de protecção do marido
9. Recurso espiritual/ crenças para aceitação da morte e ultrapassar sofrimento: resignação, fatalidade, aceitação, submissão a vontade divina
10. Comparação e relativização do sofrimento com os outros
11. Valorização de cuidados e apoio (filhos, netos, vizinhas, amigas) vs. Lamenta a pouca disponibilidade e distância (filha)
12. Actividades diárias de prazer/ distração vs. Isolamento social (perda cumulativa da doença)
13. Planos futuros: viagem
14. Características de personalidade: inibição social (Isolamento social) e aceitação (religiosa)
15. Necessidade de tratar de assuntos práticos e burocráticos: stress cumulativo à perda. Insegurança financeira vs. Segurança do marido
16. Rituais fúnebres: vontade do marido cumprida como fonte de tranquilidade
17. Dificuldade em ultrapassar, sofrimento, choro, saudades
18. Recordas anteriores: neta/ conflitos familiares e perda da infância (sofrimento)
19. Recorda o dia da morte: percepção que era o fim, tranquilidade percebida por morte sem dores e despedida da família; Estado pós morte do marido: sensação de irrealidade
20. Evitamento de confronto com ausência do marido: não voltou a instituição
21. Antecipação do próprio envelhecimento e da sua efemeridade (comparação com os outros)

Obs. Choro. Cor escura (não negro) no vestuário.

10. APENDICE - Ficha síntese e transcrição entrevista N8

Realizadas por: Lídia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA: (ocultada)		
DATA: 19-01-2012		
LOCAL DE ENTREVISTA: domicílio da entrevistada		
HORA DE INICIO: 14h30	HORA DE FIM: 16h	DURAÇÃO: 90 minutos

IDADE: 67 anos
DATA DE MORTE DO CONJUGUE: 12-06-2011 (7 meses)
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS): 49 anos
ORIENTADA (REQ. OBRIG.): OK

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

Entrevista realizada na sala: simples, com boa higiene, com boa iluminação natural.
Fotos de família (incluindo o marido) na sala.

OBS. ENTREVISTADA:

Colaborante, como períodos de choro, mantendo tranquilidade no geral.
Apresentação simples. Veste-se de escuro, mas não totalmente de negro.
Linguagem simples. Mobilidade física comprometida.

OBS. FINAIS:

No contacto telefónico referiu ter medo que a assaltem em casa (combinámos ligar antes de chegar para me abrir a porta em segurança).

Agradeceu no final, partilhou: "Também me soube bem falar".

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: N8(ocultada)19012012

<p>N8: Então a minha experiência é...pronto, o meu marido estava num estado lastimoso... que a gente, eu já pedia a Deus para o levar... porque o problema não era viver, era estar a vê-lo sofrer no dia-a-dia... Eu sofria muito, vinha para casa muito sofrida, o meu filho a mesma coisa...quando ele faleceu, foi quase que como um alívio... Só que agora é a falta. A saudade... Porque praticamente foi uma coisa a quase de repente, porque nós descobrimos que ele tinha o carcinoma em Setembro de 2009, entretanto faleceu em Junho de 2011. Foi uma coisa quase galopante... Só tenho pena de não ter ficado ao pé dele no dia que ele faleceu. É que eu suspeitava que ele ia falecer nesse dia, que eu disse logo às enfermeiras, porque meteu-se os feriados de fim-de-semana, 10 de Junho, e dia 13 de Junho era segunda-feira, então o meu filho levou-me lá para casa...que eu já ia lá passar os fins-de-semana, assim como agora também...alguns, agora já não quero, tou lá...é assim, tou lá quero ir para casa, depois estou aqui, tou muito sozinha, sinto falta dos meus netos (sorri), já gostava de lá estar, não sei bem, ainda não sei bem o que é que eu quero... E no dia em que ele faleceu, tivemos lá todos, foi a minha nora (ia só eu e o meu filho, a minha nora ficava com os meus netos, a minha neta tinha 12, o meu neto tinha 7), nesse dia, a minha nora foi, parece que estava a adivinhar, “hoje também vou” “e então e os miúdos?” “Fica lá dentro o P. (filho de N8) e eu cá fora um bocadinho e depois trocamos” e fizemos assim. O meu filho mora na A. (...) de carro, vieram-me buscar, que eu não tenho carro e eu achei que o meu marido não passava, fui falar com a enfermeira, porque ele já muito mal, ele estava sempre em pé, nunca tava na cama, nunca tava na cama, mesmo naquele dia, ele não estava na cama, mas não sei...era os olhos dele, achei que ele estava muito para baixo, e como ele era uma pessoa muito activa, achei que ele já estava a fazer um grande sacrifício, para se manter ali, sentado no cadeirão, e eu sentei-o porque ele ali...era pele e osso...o pijama dele parecia que estava num cabide, e então doía-lhe o rabo, doía-lhe o rabo porque o cadeirão era rijo, e eu pedi a enfermeira...pus a almofada dele debaixo do rabo, pedi a uma enfermeira se me arranjava um lençol, para lhe encostar a cabeça porque a cabeça dele aqui (atrás) estava toda aos altos (passava-se assim a mão e a cabeça, aquilo estava tudo espalhado já) porque ele queixava-se que doía, encostava-se e doía. Não me trouxe o lençol (a enfermeira), não sei...porque ele tava em O. (outro serviço) e</p>	<p>DEGRADAÇÃO DO ESTADO DO MARIDO SOFRIMENTO NA DOENÇA/ SUPORTE ESPIRITUAL SOFRIMENTO NA DOENÇA SOFRIMENTO NA DOENÇA PARTILHADO NA FAMILIA MORTE COMO FIM DE SOFRIMENTO/ SAUDADE DIAGNÓSTICO/ FALECIMENTO DATA DE FALECIMENTO ACOMPANHAMENTO EM FIM DE VIDA / CULPA ACTIVIDADES FAMILIARES DESEJO DE ESTAR EM CASA VS. SOLIDÃO VALORIZAÇÃO DA FAMILIA INCERTEZA/ INSEGURANÇA PRESENTE DIA DA MORTE/ ACOMPANHAMENTO DA FAMILIA PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA DO MARIDO PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA DO MARIDO CARACTERISTICAS DO MARIDO PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA DO MARIDO ESTADO DE SAUDE DEGRADADO; PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA DO MARIDO DEGRADAÇÃO DE ESTADO DE SAUDE: DOR PERCEPÇÃO DE MAUS CUIDADOS DA</p>
--	--

<p>ele gostava, quer-se dizer, tratavam-no bem, era acarinhado, e depois veio cá para cima, porque o tumor passou-lhe para, para o estômago não, apareceu-lhe outro, no estômago, muito grande logo, e passam-no para o piso da C. e ele nunca teve aquele apoio que tinha cá em baixo, aquilo parecia outro hospital, e ele coitadinho queixava-se, e dizia para eu dizer à Dra. De O. Para o passar lá para baixo, porque ele as vezes sujava as calças, e não tinham um pijama para ele e ele ia lá abaixo, buscar um pijama ao 2º andar. E diziam “O Sr. A. quando precisar, venha cá sempre, venha cá que a gente arranja” e ele dizia “Eu quero ir lá para baixo”, e é isso que eu penso, que ele não teve, não teve...aquele apoio e é isso que me custa muito (zangada). Porque naquele dia, eu depois fui ter com uma auxiliar e pedi-lhe o lençol para lhe por, mas vi que ele tava-lhe a custar muito movimentar-se já e fui ter outra vez com a enfermeira e disse “Ó Sra. Enfermeira, não pode por uma algalia ao meu marido? É que o meu marido já não tá em condições de ir à casa de banho”, porque ele tinha-me dito que tomou banho sozinho, e eu “tomaste banho sozinho?”, na véspera não tinha tomado banho, “porquê?” (encolhe os ombros), fez-me assim e naquele dia “Tomaste banhinho?” (acena mais ou menos) “E a barba?” (acena mais ou menos) e eu disse para a enfermeira “Ponha-lhe uma algalia” que o meu marido não tava em condições de ir a casa de banho, porque eu via, e admira-me não verem. E a enfermeira disse “Algalia é só em “último caso”, porque isso provoca infecções”, e eu fiquei assim (encolhe os ombros com espanto) porque se eu estava a ver que o meu marido estava no fim...</p> <p>E: Já seria o “último caso”...</p> <p>N8: Eu tava a ver. Tanto que depois eu pego no número de telemóvel do meu filho, tinha o meu telemóvel e o número aqui de casa, e fui levar à sala das enfermeiras e disse “Tá aqui o telemóvel do meu filho, caso haja alguma coisa com o meu marido, que o meu marido não está nada bem, o meu marido não está nada bem, o meu marido está no fim”, eu disse mesmo isto. (Chora) “Então está bem, fica aqui” e depois viemos a chorar, mas eu queria lá ficar, mas não podia, porque eles vinham no carro, e os miúdos não podiam lá estar e se eu dissesse que ficava lá, o meu filho...não me deixava lá ficar. Eu vim a chorar porque eu...o que me custa mais é isso, porque ele tava no limite, tava na hora dele, não ter ficado lá mais tempo, tenho remorsos, custa-me muito.</p> <p>E então, nós fomos embora e eram oito, oito</p>	<p>EQUIPA PERCEPÇÃO DE BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>DESCRIÇÃO DE DOENÇA – EVOLUÇÃO</p> <p>PERCEPÇÃO DE MAUS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>PERCEPÇÃO DE MAUS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>PERCEPÇÃO DE BONS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>PERCEPÇÃO DE MAUS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>DEGRADAÇÃO DE ESTADO DE SAUDE</p> <p>DEGRADAÇÃO DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>PERCEPÇÃO DE MAUS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>PERCEPÇÃO DE MAUS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA DO MARIDO</p> <p>PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA DO MARIDO</p> <p>REMORSO: NÃO ESTAR PERTO QUANDO MORREU VS. SUSPEITAR QUE IA MORRER</p> <p>CULPA – AUSENCIA NO FIM DE VIDA</p>
---	---

<p>e qualquer coisa e eu liguei para lá, coisa que eu não costumava fazer, só telefonava quando ele ia fazer RT e eu ia lá e ele não estava, depois ligava a perguntar como é que ele estava e às vezes até falava um bocadinho com ele. Percebia-se mal, aquilo era na garganta, mas eu ficava mais animada. Eu liguei e então disseram-me assim “Olhe, esteja preparada porque a coisa tá muito má. Vamos passar uma noite muito má com o seu marido” ...não foi nada que eu não tivesse a espera. Passado quê, nem uma hora, telefonam-me a dizer que ele já tinha falecido. Foi mesmo naquele dia. Ora se eu via que o meu marido estava no fim como é que elas não viam? É porque não estavam a ligar aos doentes! (zangada) Não estavam, não estavam a dar atenção! Porque via-se nos olhos dele, não sei, não sei explicar, mas eu vi na maneira dele, como ele estava. É isso que me custa mais, porque de resto ele descansou.</p> <p>Faz-me muita falta. Ele ajudava-me muito porque eu é que fui sempre doente...com depressões, porque eu muito nova fiquei com a minha mãe... (isto agora...) fiquei com a minha mãe com Alzheimer e cancro nos intestinos, tinha doze, treze anos, e tive...tive que trabalhar e cuidar dela (suspira).</p> <p>Quando ela faleceu tinha 22 anos, foram muitos anos, pelo menos 10 anos e eu tava com 40 kg. E depois comecei a trabalhar porque eu tinha... (eu casei com 17 anos) ... e fui mãe com 18 e ...o meu filho, quando tinha 2 aninhos, deram-lhe a BCG e eu tinha um vizinho ao lado que era tuberculoso, mas dizia que era doente de estômago, não é que não me tivessem avisado, mas eu para cuidar da minha mãe...e ele gostava muito do meu filho, e o meu filho ia para lá. O meu filho nunca apanhou nada, mas tinha apanhado a BCG apanhou...uma tuberculose, uma infecção nos intestinos, diziam que tinha bacilo de pessoa adulta, teve à morte o meu filho. E aquilo tudo pronto...a minha mãe teve no hospital, não se virava, como tinha Alzheimer não tinha aquela coisa de se virar, veio com as pernas assim (inchadas) ... já viu dar banho a uma pessoa assim? Fiquei com uma hérnia, já fui operada, já tou com a hérnia outra vez, e muita coisa...depois a minha saúde...eu comecei, começaram-me a dar uns ataques, fizeram-me exames para ver se era epilepsia, não era, então era uma depressão muito grande, tiveram de me fazer um tratamento durante muitos anos.</p> <p>Dai que eu agora estava com muito medo (com a morte do marido) ... e estou sempre a cautela.</p> <p>Sou católica, peço a Deus para me ajudar,</p>	<p>ACOMPANHAMENTO NOS TRATAMENTOS DA DOENÇA</p> <p>SINTOMAS DE DEGRADAÇÃO VS. ESPERANÇA</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE – FIM DE VIDA</p> <p>NOTÍCIA DA MORTE</p> <p>PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA MARIDO PERCEPÇÃO DE MAUS CUIDADOS DA EQUIPA</p> <p>PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA MARIDO</p> <p>MARIDO COMO CUIDADOR DEBILIDADE DE SAUDE (ANTERIOR) DEBILIDADE DE SAUDE MENTAL (DEPRESSOES ANTERIORES) HISTÓRIA DE VIDA/ CUIDADOS À MÃE/ DEPRESSÃO</p> <p>PERDAS ANTERIORES (MAE)</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA: CASAMENTO E MATERNIDADE</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA: DOENÇA GRAVE DO FILHO E CUIDADOS À MÃE</p> <p>FRAGILIDADE ANTERIOR NA SAUDE</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA: “CRISES”/ DEPRESSÃO</p> <p>MEDO DE RECAIDA NA DEPRESSAO POS MORTE DO MARIDO</p> <p>RECURSO RELIGIOSO</p>
---	--

<p>que eu sozinha não consigo, mas que também tenho que fazer a minha parte. E pronto, as vezes saio, vou dar uma volta...a tarde tou sempre aqui. A quase sempre choro...porque ele ajudava-me muito...ele aspirava-me a casa...porque eu tenho fibromialgia também...aspirava-me a casa e eu ali, tenho a maquina de lavar ali na cozinha, venho estender aqui (varanda da sala), vinha com o alguidar, ele não queria, agora já por fim estava tão doente, ele estava ai mais naquela casa (quarto) a colar cromos nas cadernetas, ele gostava imenso de fazer isso, levava lá para o hospital cadernetas, cromos, até quase ao fim...até quase ao fim, então ele, foi ainda em Junho, foi...nós fizemos anos de casados dia 4, foi ele tinha clientes, ele preenchia aquilo e tinha clientes. E ele "Vais levar isto ao Sr. J. e levas a estação do R.", "Não, eu antes prefiro cá vir ver-te", "Não, não me vens ver, vais levar isto, vais lá levar", então vi que ele ficou aborrecido de dizer que não ia, eu lá fui levar, mas fui vê-lo. Fui a correr e ainda o fui ver e ele ficou todo contente. Portanto tá a ver, até quase ao fim ele fazia aquilo, porque ele disse, agora ficas tu com o dinheiro que é para comprares uma coisa que tu queiras que é prenda de casamento. Ainda me deu. Comprei umas calças, uma blusa, e disse-lhe assim, "olha não trago..." (foi na sexta feira, dois dias antes de ele falecer) e eu disse assim "Olha não trago já vestido porque precisou de uns arranjos, mas na segunda-feira já trago". Morreu no domingo. Ficou ali a roupa, é de cor, a blusa até tem...eu sabia (que ele ia falecer), mas ao mesmo tempo... tanto que a blusa até tem umas cores vermelho e castanho, quer dizer...não sei que diga mais, tenho de me mentalizar, porque há pessoas ainda pior. Ainda hoje soube de uma que foi minha colega, que perdeu o marido mas também já perdeu um filho e isso é pior. Ponho-me a pensar "Ela está pior que eu, perdeu um marido mas também perdeu um filho", que os filhos então é...nem quero, não quero que me ponham a prova....e, mas mesmo assim vou-me mentalizando, mas sinto muita falta dele. As vezes aqui à noite, vejo televisão e ponho-me assim no sono e de repente tenho a sensação que ele ainda está ali...que ele já para o fim... estava eu a ver televisão aqui e ele ali (no quarto); que ele estava sempre a mudar os canais e era as cadernetas também. Ficávamos separados, mas ao fim, ele vinha para aqui "Vou para aqui para o pé da minha mulher fazer-lhe companhia" e eu dizia-lhe para ele "Fazes-me companhia e fazes-me muita falta", eu pensava, quando</p>	<p>RECURSOS: CAPACIDADES PESSOAIS ACTIVIDADES: SAIR A RUA VS. ESTAR EM CASA CHORO/ MARIDO COMO APOIO NAS LIDES DOMÉSTICAS DOENÇA ANTERIOR – LIMITAÇÃO FISICA PERDA DO MARIDO CUIDADOR (CASA) ACTIVIDADES QUE O MARIDO GOSTAVA RECORDA ANOS DE CASADOS ACTIVIDADES QUE O MARIDO GOSTAVA ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA COMPORTAMENTO DO CASAL – RELAÇÃO RELAÇÃO DO CASAL/ ANOS DE CASADOS MORTE DO MARIDO PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA VS. ESPERANÇA RECURSOS PESSOAIS: RACIONALIZAÇÃO COMPARAÇÃO SOCIAL DE SOFRIMENTO MEDO DE PERDA DE FILHO COMPARAÇÃO SOCIAL DE SOFRIMENTO MEDO DE PERDA DE FILHO RECURSOS PESSOAIS: RACIONALIZAÇÃO/ AUSENCIA DO MARIDO ACTIVIDADES/ SENSAÇÃO DE PRESENÇA DO MARIDO ACTIVIDADES DO MARIDO RELAÇÃO DO CASAL RELAÇÃO DO CASAL</p>
---	---

<p>lhe dizia aquilo, que ele que ganhasse mais coragem para vencer a doença. Mas aquilo veio mesmo para o levar. Dizia-lhe muita vez, "A. tu fazes-me muita falta" que era para ele lutar contra a doença, mas...às vezes dizem que se a pessoa luta contra a doença, vence a doença...eu vejo muita vez na televisão, e...ele teve, em Março, em Março ele inchou todo...em Março, no dia dos anos dele, tava todo, pensei que...ele tava no cadeirão, não se apercebia que eu estava lá. A gente pensava que naquela altura ia. E então nós vínhamos sempre a chorar, não olhava para nós...inchou todo, todo, todo, e depois...começou a desinchar, começou a arrebitar, e eu dizia-lhe assim "Tu és um valente" "Eu sou forte, não sou? Eu sou forte não sou?" "És, e vais vencer".... Talvez por isso eu tinha aquela (ideia) ...mas não. As vezes digo-lhe (olha foto) "Fazes-me muita falta", a gente andava sempre os dois para todo o lado. (chora). Eu ia comprar uns sapatos, ele ia, ele ia comprar, eu ia, íamos comprar qualquer coisa para casa, íamos sempre os dois. Íamos a excursões, íamos sempre os dois. Tanto que havia vizinhança (...) morei lá até aos 26 anos, aos 26 anos é que vim para aqui, e foi quando a minha mãe faleceu, eu já disse, tinha 22 anos, comecei a trabalhar, e comecei a ganhar mais do que ele e ele saiu do trabalho onde estava e foi para a L. (empresa). Foi primeiro aprender...porque nós não ganhávamos para arranjar uma casa, tinha uma casinha pequenina, tinha 2 divisões, casas "abarracadas", mas pronto, depois começamos aos poucos... ele também era uma pessoa de princípio com pouco juízo, e depois começou a ter mais juízo...porque também ele, também tinha, teve uma infância muito infeliz. Não tinha mãe, não tinha pai, foi criado na C. (Instituição social) sem ninguém e...ele começou a ter mais juízo e aventuramo-nos e viemos para aqui. Foi para aqui que viemos. Já há...vai fazer 42 anos. Mas e então, as pessoas aqui conheceram-me com a depressão, eu trabalhava, mas aos 26 anos quando vim para aqui fui ao médico e o médico "Você tem de se reformar" porque eu era pele e osso. Eu passado aqueles anos de a minha mãe falecer, eu...aparecia-me tudo. Aparecia-me tudo, era o coração, arritmias, era os intestinos, era tudo, de maneira que de vez em quando era baixas. Eu não queria baixas, fazia-me falta o dinheiro e o médico disse, eu tinha 26 e tinha que me reformar. Eu não me reformei aos 26, mas foi aos 30. Mas depois melhorei. Talvez por mais descanso, fiz tratamento...para a depressão e pronto, depois ele tinha 58 anos</p>	<p>RELAÇÃO COMO MOTIVAÇÃO PARA VENCER DOENÇA FATALIDADE DA DOENÇA RELAÇÃO COMO MOTIVAÇÃO PARA VENCER DOENÇA</p> <p>CRENÇA "SENSO COMUM" AGRAVAMENTO ESTADO SAUDE (SINTOMAS) ANOS DO MARIDO</p> <p>PREPARAÇÃO PARA A MORTE SOFRIMENTO DA FAMÍLIA NA DOENÇA AGRAVAMENTO ESTADO SAUDE (SINTOMAS) MELHORIAS NO PROCESSO DE DOENÇA/ ESPERANÇA/ VALORIZAÇÃO FORÇA DO MARIDO ESPERANÇA / MOTIVAÇÃO AO MARIDO VS. DESILUSÃO MANTEM RELAÇÃO: PRESENÇA NA FOTO RELAÇÃO DO CASAL VS. AUSÊNCIA</p> <p>ACTIVIDADES EM CONJUNTO (RELAÇÃO)</p> <p>VIZINHOS SOFRIMENTO NA HISTÓRIA DE VIDA (CUIDADOS A MAE)</p> <p>HISTÓRIA DO CASAL – TRABALHO</p> <p>HISTÓRIA DO CASAL – DIFICULDADES ECONÓMICAS</p> <p>CARACTERÍSTICAS DO MARIDO</p> <p>SOFRIMENTO NA HISTÓRIA DE VIDA DO MARIDO</p> <p>HISTÓRIA DO CASAL – MELHORIA DE VIDA</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA – DEPRESSÃO</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA – FRAGILIDADE FÍSICA E MENTAL</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA – DIFICULDADES ECONÓMICAS SAUDE FRÁGIL</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA – MELHORIA DEPRESSÃO</p>
--	---

<p>mandaram-no embora que ele tinha mais 8 anos e meio que eu, estava na L. (empresa), foi aquela coisa de mandarem uma quantidade de gente embora, mas como ele tinha já enfisema pulmonar passaram-no a reforma, mas ele passava bem, era só esse o problema que tinha, já era bastante, mas passava bem, não passava assim muito mal e nós passeávamos muito...e ele, eu sinto mais a falta porque aconteceu aqui, esta vizinha que vem aqui dar-me apoio, e o marido morreu 4 meses depois do meu, sem saber que tava doente também com cancro...e...já não sei o que tava a dizer...e pronto, as vizinhas tavam com muito medo (com morte do marido) porque conheceram-me há não sei quantos. Eu só aumentei de peso depois de não sei quantos anos, eu depois até tive inchada, com os tratamentos...e agora estou a tomar uma medicação fraca, a noite, para sossegar, só a noite. De dia tomo valeriana para não tomar mais químicos....e vou passando os meus dias, as vezes tenho uma amiga que mora também ali por cima, às vezes telefona, "queres ir comigo a Lisboa?", ainda ontem fui, eu chego é a casa muito cansada, canso-me muito...pronto ela tem mais 2 ou 3 anos que eu, anda, anda, "ande mais devagar". Chego a casa muito cansada...porque eu senão, quando viessem os dias melhores tirava o passe, e passeava mais mas também não posso muito...</p> <p>E: Pela sua saúde...</p> <p>N8: Não posso muito...ela vai todos os dias fazer uma caminhada, e eu ia com ela se pudesse, mas não, não dá. E nisto o meu marido ajudava-me muito...era como eu estava a dizer, eu punha a roupa no alguardar...e eu ultimamente já encostava a porta para ele não ver, mas ele parecia que adivinhava, "Tu és muito teimosa, tu sabes que não podes", "Ó homem, mas tu também tas doente", "Mas eu posso, eu tenho força", ele nunca...ele não via como estava, ele estava sempre com esperança de aquilo passar. Eu também disse as enfermeiras...porque ele foi daqui a deitar sangue da PEG, tinha a PEG, e depois fizeram exames e veio de lá a enfermeira chefe e disse-me que o meu marido tinha um cancro no estômago muito grande. Eu fiquei chocada. Pedi "Não lhe digam" "Ah, mas ele tem que saber", "Não lhe digam...olham façam um favor, mas façam mesmo, digam que ele tem uma ulcera no estômago" que ele tinha de saber porque é que tinha aquele sangue na PEG. E foi assim, depois a enfermeira veio lá comigo ao pé dele e disse que ele tinha uma úlcera no estômago. E depois a Dra. P. disse que o da garganta já</p>	<p>REFORMA DO MARIDO</p> <p>DOENÇAS ANTERIORES DO MARIDO – REFORMA</p> <p>SAUDE DO MARIDO/ ACTIVIDADES DO CASAL</p> <p>AUSENCIA DO MARIDO/ SAUDADES</p> <p>VIZINHAS/ RECEIO DE RECAIDA EM DEPRESSAO</p> <p>MEDICAÇÃO PARA DORMIR</p> <p>PROSSEGUIR COM A VIDA DIÁRIA</p> <p>CONTACTO E SAIDAS COM AMIGA/ VIZINHA</p> <p>VS.</p> <p>CANSAÇO – LIMITAÇÕES DE SAUDE PARA SAIR</p> <p>LIMITAÇÕES DE SAUDE PARA SAIR</p> <p>LIMITAÇÕES DE SAUDE PARA SAIR</p> <p>APOIO DO MARIDO NAS TAREFAS DE CASA/ LIMITAÇÕES DE SAUDE DA ESPOSA</p> <p>CUIDADOS MUTUOS DO CASAL – PROTECÇÃO</p> <p>MARIDO DESCONHECIA FATALIDADE DA DOENÇA/ ESPERANÇA</p> <p>AGRAVAMENTO DE ESTADO DE SAUDE</p> <p>PERCURSO DA DOENÇA: 2º</p> <p>DIAGNÓSTICO/ SOFRIMENTO</p> <p>PEDIDO DE CONSPIRAÇÃO DO SILENCIO</p> <p>PERCEPÇÃO DE BONS CUIDADOS DA</p>
---	---

<p>tava melhor e que aquilo era só a ulcera no estômago e ele tava todo animado, que aquilo também se ia tratar. "Isto já passou", ele dizia que já tinha passado. "Agora é só isto"...nunca...eu admirava-me porque o meu marido tinha um bocado de medo das doenças e quando ouvia que alguém tinha uma doença grave ou tinha morrido, ele dizia logo quais eram os sintomas e dizia-me para mim "Ai eu tenho isso" e eu tava sempre "Pronto já tens, já tens, tas sempre com essas coisas, não penses nisso" e agora com a doença foi tão forte! Aguentou, aguentou, não se queixava, não se lamentava, surpreendeu-me, surpreendeu-me muito. Que eu até dizia "Meus Deus, um dia que tenhas uma doença grave, coitadinha de mim, não te aturo!"</p>	<p>EQUIPA ÂNIMO DO MARIDO NA DOENÇA (ILUSAO DE CURA)</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO NA DOENÇA</p> <p>RELAÇÃO DO CASAL</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO – CORAGEM NA DOENÇA</p> <p>SINTOMAS DE AGRAVAMENTO DA DOENÇA VS. CONSPIRAÇÃO DO SILENCIO FOTOS – MANTEM PRESENÇA E RELAÇÃO</p> <p>FOTOS – CASAMENTO FOTOS – MARIDO DOENTE</p> <p>ULTIMO ANIVERSARIO DO MARIDO DOENÇA VS. ENERGIA DO MARIDO (ILUSAO)</p> <p>DOENÇA VS. ENERGIA DO MARIDO (ILUSAO) ACTIVIDADES/ GOSTOS DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>TRABALHO DO MARIDO</p> <p>DIFICULDADES AUDITIVAS</p> <p>PROSSEGUIR VIDA DIÁRIA / MORTE/ RECURSO ESPIRITUAL – ESPERANÇA DE REENCONTRAR MARIDO</p> <p>PROSSEGUIR VIDA: APOIO FAMILIAR</p> <p>FILHO: APOIO PARA SUPERAR/ DEPENDENCIA</p> <p>APOIO FAMILIAR</p>
<p>E: Mas foi corajoso...</p> <p>N8: Foi, foi, muito corajoso. Toda a gente dizia, da maneira que ele tava. Sempre a deitar...ele perguntava "Porque é que eu deito tanto disto?" e eu dizia "E do enfisema pulmonar, sabes que tens isso, deitas essa expectoração", e pronto, tá ali (Foto), ri-se para mim... (mostra fotos)</p> <p>Aqui foi quando casamos, ele tinha 26 anos, e aqui foi já para o fim...mas ninguém diria a idade que ele tinha, que ele mesmo agora quando me perguntam a idade que ele tinha, ele fez 75 a 15 de Março, e ele não parecia. Ele a andar e tudo, cheio de genica, não parecia. E mesmo com aquela doença pulmonar, havia momentos que tava mais em baixo, mas em geral estava cheio de genica. Ia para a feira (...) vender as cadernetas dele. Tinha de ter qualquer coisa para fazer, não parava. E era um homem que enchia a casa, porque mexia, andava, falava alto...falava antes de ficar rouco. Falava alto. E eu "E preciso toda a gente ouvir?", não era preciso tar zangado, falava alto, era a voz dele. Era mesmo, talvez por ele estar na L. (empresa), ele estava com as maquinas, tinha que falar alto, o barulho dos motores, ele tinha que falar alto. Eu sou surda, mas não era preciso falarem alto. Até me faz aflição quando falam muito alto.</p> <p>E foi assim...e é agora passar os meus dias até que Deus se lembre de mim... (chora) para ir para o pé dele.</p> <p>Mas tenho algo que me agarra aqui também, que é os meus netos e o meu filho. O meu filho quando o pai faleceu, disse "Ó mãe, por amor de Deus, eu preciso muito de ti, agarra-te à vida, não te vás abaixo, eu tive agora este desgosto e eu não te quero perder" (chora) ...e pronto e ta sempre "Agora vens para cá passar este fim-de-semana", agora</p>	

<p>estes dois fins-de-semana não fui, mas na semana passada convidei-os para cá virem comer. É que também tou lá, também não estou na minha casa. Não é que...a minha nora põe-me a vontade e tudo, mas é diferente, é diferente, pronto, não sei, quando estou lá, estou sempre desejosa de vir para aqui e depois estou sempre "P. vais-me levar?" porque ele é que tem o carro e eu de transportes nunca mais cá chegava, e ele "Ó mãe, fica cá para amanhã" e isto chateia-me. Eu quero que..."Não! Quero ir para casa"; "Mas porque? Tas aqui mal? A gente trata-te mal?" "Não! mas quero ir para a minha casa", então as vezes evito de ir, digo "esta semana não vou. Vou passear com a E." (é a tal Sra. Que as vezes vou) e umas vezes vou outras vezes não vou, mas eu depois não lhe sei mentir a dizer que fui "Pois ficaste em casa" "Não faz mal"</p>	<p>DESEJO DE ESTAR EM CASA</p> <p>DESEJO DE ESTAR EM CASA</p> <p>DESEJO DE ESTAR EM CASA VS. ACOMPANHAMENTO FAMILIAR</p> <p>DESEJO DE ESTAR EM CASA/ ACTVIDADES COM AMIGA</p>
<p>(...) O que me vale é isto (amiga E.) porque ela também é viúva, mas é uma pessoa com uma vida, com uma alegria de viver, que fala com toda a gente, que eu não sou assim, fala com toda a gente, vai para aqui, vai para ali...também tem saúde, tem mais saúde que eu, mas, a maneira de ser dela é diferente de mim, eu saio de manhã, dou uma passeata, vou ao supermercado, às vezes nem vou ao supermercado, mas dou aquela volta todos os dias de manhã, mas depois almoço...faço o que tenho a fazer e depois as vezes deito-me um bocadinho, que de noite...acordo muitas vezes de noite, mas mesmo assim, mesmo assim...não ta muito mal, eu pensei que fosse pior. Mesmo assim, eu pensei que fosse ficar pior (com a morte do marido). Tenho mais...tenho força. E depois mentalizo-me que ele não está a sofrer. Porque depois eu ia lá ao hospital e estava ali a ver o sofrimento dele e eu vinha muito pior. Aquele sofrimento estava a dar cabo de mim. Eu vinha na rua, vinha a chorar. Ele vinha a janela, ele dizia "vais e eu faço-te adeus" e eu dizia "deixa tar" e ele "vou", levantava-se, lá vinha, vinha ao refeitório... (chora) eu já la fui ao hospital e ficou-me aquela imagem dele a dizer-me adeus....quando...já la fui, eu preciso de ir lá a consulta, porque sou vigiada dos meus ouvidos, que eu tenho problemas graves com os meus ouvidos desde criança, e tenho que ser vigiada de 6 em 6 meses, já fui operada...e desde que morreu o meu marido e o meu marido ainda tava em tratamento eu já lá não ia. Agora ta marcado para dia 1 de Março, já marquei, mas ir lá ao hospital é difícil, custa-me. Fui lá a missa. Mandaram-me um postal a dizer que era lá a missa, e custa-me, olhar para a janela onde ele me</p>	<p>VALORIZAÇÃO DE PERSONALIDADE DA AMIGA CARACTERISTICAS PERSONALIDADE PESSOAIS</p> <p>FALTA DE SAUDE COMO LIMITAÇÃO PESSOAL</p> <p>ROTINA DIÁRIA</p> <p>DIFICULDADES PARA DORMIR</p> <p>ANTECIPAÇÃO DO ESTADO DE LUTO</p> <p>RECURSO PESSOAL CONSOLO DO MARIDO NÃO SOFRER</p> <p>ACOMPANHAMENTO DO SOFRIMENTO DO MARIDO/ SOFRIMENTO PESSOAL</p> <p>RELAÇÃO / ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA</p> <p>RECORDAÇÃO DO MARIDO NO HOSPITAL</p> <p>DOENÇAS PESSOAIS</p> <p>DESCUIDO NA SAUDE PESSOAL DESDE DOENÇA DO MARIDO</p> <p>DIFICULDADE EM VOLTAR AO HOSPITAL RITUAIS RELIGIOSOS</p> <p>DIFICULDADE EM VOLTAR AO HOSPITAL/</p>

<p>dizia adeus. (...) Eu tenho no telemóvel uma foto dele já muito doente (...) ele no hospital, já... (...) é triste, é uma fotografia triste (chora). A vida é triste, a vida é triste e eu não tenho tido momentos bons (chora). Tive alguns com o meu marido...mas desde inicio...pronto, perdi o meu pai com 5 anos, e a partir daí a minha vida nunca foi alegre. A minha mãe perdeu também a vontade de viver e não me dava atenção. Éramos 2 irmãs, a minha outra irmã foi viver com a tia e eu fiquei com a minha mãe, mas não tenho assim lembranças boas. As únicas que eu tenho é os momentos que eu tenho com o meu marido. De maneira que a vida não tem sido...eu acho que mesmo assim, para aquilo que eu estive dos meus nervos, tou-me a sair vitoriosa, tou-me a sair bem. As vezes falo com ele. Não sei se me está a ouvir. Há quem diga que sim, eu não sei, só quando eu partir é que sei. Não sei se sim, se não. Mas eu, às vezes imagine, vou sair, chego, e digo "fui aqui, fui ali...Olha fui ouvir uma missa por ti", rezo por ele e não posso fazer mais nada a não ser isso. Tenho que viver a vida conforme ela...tenho muito medo porque é assim: eu passei, eu passei muita fome, às vezes não tinha 9 tostões para comprar meio pão, passei alguns dias sem comer. E agora tenho medo, porque tenho, a minha pensão é mínima, e a dele não é uma pensão fabulosa mas dá bem, junto com a minha. Tudo bem que pago 70 e tal euros de renda de casa, mas agora estou com medo...agora com esta coisa da crise tou com medo, passar outra vez aquela coisa do senhorio me pôr na rua. Porque o meu marido dizia "Eu tenho medo é do senhorio" porque ele é "torcido", agora com esta coisa dos aumentos das rendas e agora andavam a dizer que pessoas que tinham 2 pensões vão tirar uma, eu já estava outra vez "Pronto, vou passar outra vez, a contar os tostõezinhos e a passar mal..." o meu filho tá em vias de perder o emprego também...se as coisas não se agravassem eu ainda posso ir ajudando em alguma coisa como agora no Natal, comprei calçado, comprei uns casacos para eles...sempre é uma ajuda, mas tou sempre com medo, que venha outra vez aquela vida que eu tive. Tantos anos, eu tinha de ser doente agora, porque eu não bebia leite, eu ia para a escola, eu não levava lanche. Eu via as minhas colegas a lancharem e eu não, nunca levava lanche, não havia...eu as vezes, cantava, a professora saía e eu cantava, gostava muito de cantar, mesmo triste, a cantar e a chorar. Lá na escola cantava e havia lá uma menina que me dava o lanche e então saía a professora e lá ia eu cantar, para</p>	<p>RECORDAÇÕES DO INTERNAMENTO</p> <p>PRESEÇA DO MARIDO - FOTOGRAFIA/ TRISTEZA TRISTEZA/ FATALIDADE DA VIDA BONS MOMENTOS COM MARIDO VS. HISTÓRIA DE VIDA COM SOFRIMENTO PERDA DO PAI/ AUSENCIA DA MAE/ TRAGEDIA NA HISTORIA DE VIDA</p> <p>INFANCIA INFELIZ VS. BONS MOMENTOS COM MARIDO</p> <p>VALORIZAÇÃO PESSOAL/ FORÇA PARA SUPERAR MANTER RELAÇÃO COM MARIDO</p> <p>CRENÇA RELIGIOSA/ ESPIRITUAL MANTER RELAÇÃO COM MARIDO</p> <p>RECURSO RELIGIOSO/ DESEJO DE PROTECÇÃO DO MARIDO/ CONFORMISMO</p> <p>MEDO/ HISTORIA DE VIDA (MISERIA)</p> <p>DIFICULDADES/ INSEGURANÇAS FINANCEIRAS</p> <p>INSEGURANÇA FINANCEIRA/ HISTORIA DE VIDA (MISERIA)</p> <p>PREOCUPAÇÃO COM FILHO AJUDA FINANCEIRA A FAMILIA</p> <p>INSEGURANÇA FINANCEIRA/ HISTORIA DE VIDA (MISERIA)</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA – INFANCIA (MISERIA)</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA – INFANCIA (MISERIA E TRISTEZA)</p>
---	--

<p>ganhar o lanche (chora e sorri): eu tinha fome, eu tinha fome, de maneira que pronto. Ele dizia sempre “Eu não te deixo mal. Só tenho pena de uma coisa, não ter tido mais juízo e não te ter comprado uma casa” que ele dizia sempre a minha frente. (...) Há-de aparecer muitos, alguns piores que o meu, não é? O meu médico psiquiatra dizia-me assim... (...) eu tive vários, mas chateava-me com eles, vinha de lá ainda pior, mas aquele, ele era meu amigo, preocupava-se comigo e eu sentia isso. E então queria sempre que ia melhorar, porque via a preocupação dele. Os outros não, deitavam-me mais para baixo. E então comecei a tirar a medicação pouco a pouco, que eu tomava não sei quantos Lorenin por dia, o Lorenin é que era difícil, então fiquei só com um (...) eu comecei com metade e depois tirei tudo. Ele disse assim para mim “Você é muito forte e digo-lhe mais por tudo aquilo que você passou, você era para estar muito pior”. E isso incentivou-me (...) as vezes estou aqui e penso, “Gostava de falar com ele”, não sei se o consultório é no mesmo sitio, mas penso “Gostava de falar com ele”, ele via-me, havia logo um interesse dele que ele tinha em mim e a preocupação, e qualquer coisa que lhe dizia, da outra vez eu ia lá e ele falava-me logo naquilo, via-se que tomava atenção ao que dizia e preocupava-se. Eu sempre tive pouca gente que se preocupasse comigo. O meu marido preocupava-se. Preocupava-se muito. As vezes ficava a ver televisão ate mais tarde, e eu deitava-me. Pensava que eu estava a dormir, aconchegava-me a roupa, dava-me um beijinho e fazia-me assim (festinha no rosto). E ia-se deitar para o outro lado. Agora sinto essa falta. Às vezes estou deitada (chora) ...porque a gente queremos sempre carinho, não são só as crianças. Toda a gente sente falta de carinho. O meu filho dá-me. Abraça-me, dá-me beijos, aperta-me e eu sinto-me bem. E: É um bom apoio... N8: É (...) Sou crente, não ando sempre na Igreja, mas acredito muito em Deus. Peço muito “Tens que me dar força, eu sozinha não posso, sozinha não consigo”, agora quando faleceu o meu marido “Meus Deus, levaste-me, agora tens de me ajudar (chora), senão eu não aguento, não queres que eu fique como da outra vez como foi com a minha mãe?” (...) Tive a ver uma senhora de 97 anos, eu com menos 30 anos que ela a pensar “Meus Deus porque é que eu já não tenho esta genica”.</p>	<p>SEGURANÇA/ INSEGURANÇA FINANCEIRA DEIXADA PELO MARIDO</p> <p>COMPARAÇÃO SOCIAL DE SOFRIMENTO</p> <p>ACOMPANHAMENTO PSIQUIATRICO ANTERIOR – PERCEPÇÃO DE BONS CUIDADOS</p> <p>TRATAMENTO PSIQUIATRICO – VALORIZAÇÃO PESSOAL (FORÇA NA ADVERSIDADE)</p> <p>NECESSIDADE DE ATENÇÃO/ CUIDADO/ APOIO PSIQUIATRICO</p> <p>RELAÇÃO DE APOIO/ PREOCUPAÇÃO DO MARIDO</p> <p>RELAÇÃO DO CASAL</p> <p>AUSENCIA DO AFECTO DO MARIDO</p> <p>NECESSIDADE DE AFECTO</p> <p>APOIO DO FILHO / AFECTO FAMILIAR</p> <p>RECURSO ESPIRITUAL/ CRENÇA COMO SUPORTE</p> <p>CRENÇA RELIGIOSA/ FATALIDADE/ SUPORTE RECEIO DE RECAIDA EM DEPRESSAO</p> <p>COMPARAÇÃO COM OUTROS/ ESTADO FRAGIL DE SAUDE</p>
---	---

<p>Ela vai, anda para aqui, vai a universidade dos seniores, e aprender computador e tudo e diz que faz tudo em casa, eu já não posso, já não posso aspirar a minha casa, tenho uma senhora que vem cá de 15 em 15 dias limpar por cima dos moveis e essas coisas que já não consigo....</p>	<p>LIMITAÇÕES FÍSICAS/ TAREFAS DOMESTICAS</p>
<p>E: Falta saúde... N8: É. Depois os meus joelhos muito inchados, eu para me abaixar já não consigo. Eu antes para me levantar era o meu marido que me ajudava...segurava-me assim para me apoiar, sem me segurar, não consigo. Tenho muitas dores, mas eu acho que é da fibromialgia porque eu já fiz exames e quer dizer, tenho artroses, mas não é nada que...</p>	<p>LIMITAÇÕES FÍSICAS/ TAREFAS DOMESTICAS APOIO DO MARIDO NAS TAREFAS DOMESTICAS SAUDE DEBILITADA/ DOENÇAS FÍSICAS</p>
<p>(...) E eu era, sabe como é que me chamavam quando trabalhava? DOPING. Fazia tudo a correr, tinha uma genica, mesmo já depois de ter estado com a depressão e de ter falecido a minha mãe, eu tinha muita força, tinha uma força...depois comecei a perder antes dos 50 anos, notava que andava e me cansava muito, a médica dizia que era dos nervos (...)</p>	<p>RECORDA VIDA ACTIVA/ SAUDE/ JUVENTUDE DEPRESSAO/ MORTE DA MAE RECORDA VIDA ACTIVA/ FORÇA</p>
<p>Se eu tivesse mais um bocadinho de saúde, ia para aqui para ali, porque vontade tenho eu! De ultrapassar...as coisas más. E isto impede-me um bocado, porque sinto-me em baixo. Mas lá está, eu quando o meu marido faleceu, eu pensava que ia ficar pior, eu pensei, pensei mesmo.</p>	<p>LIMITAÇÕES FÍSICAS VS. DESEJO DE ULTRAPASSAR AS COISAS MÁS DOENÇAS COMO LIMITAÇÃO ANTECIPAÇÃO DO ESTADO PÓS MORTE DO MARIDO</p>
<p>Eu quase não há um dia que não chore, mas é normal, é normal, ainda há pouco tempo...que o perdi, ainda as vezes penso que o tenho cá.</p>	<p>CHORO FREQUENTE TEMPO DESDE A MORTE ILUSÃO DE O MARIDO ESTAR PRESENTE</p>
<p>(...) De manhã, quando saio daqui a noite dou-lhe um beijinho (foto), faço uma festinha, com os dedos, quando chego de manhã, abro aqui, faço-lhe outra vez. Pronto, sinto-me bem, sinto-me bem a fazer isto, é como se estivesse a cumprimentá-lo. (chora)</p>	<p>RITUAL DIARIO P/ MANTER RELAÇÃO/ AFECTO (FOTOGRAFIA)</p>
<p>(...) Agora os anos que me restam só Deus Nosso Senhor é que sabe. Quando eu morrer vou lá ter o meu marido a espera. A minha mãe, o meu pai...o meu pai, mal me lembro do meu pai. Mas tenho algumas lembranças (sorri). De ele brincar comigo e com a minha irmã...</p>	<p>PERCEPÇÃO DA PROPRIA EFEMERIDADE REC. ESPÍRITUAL = ESPERANÇA DE REENCONTRO MARIDO (MAE, PAI...) RECORDA O PAI NA INFANCIA</p>
<p>E: Boas portanto... N8: Sim... (...). A minha irmã tem mais 2 anos que eu, 2 anos e meio, punha-lhe a mão no cinto, e eu agarrava o vestido da minha irmã, e ele andava a volta, ao comboio, ele fazia "huhuhuhu", lembro-me perfeitamente...ele sentava uma em cada perna e ele foi sepultado no dia em que eu fiz 5 anos. No mesmo dia. Foi de repente, foi acidente de trabalho, e a partir daí...eu e esta</p>	<p>MORTE DO PAI (INFANCIA)/ FATALIDADE</p>

<p>minha irmã. (...) As vezes penso, tenho aqui a irmã na A. podia dar-me mais com ela e sair com ela, mas não dá...não dá, mesmo as conversas dela deitam-me para baixo...esta minha amiga levanta-me a moral, tá sempre a rir, as vezes diz-me "Não penses nisso, eu também já perdi dois maridos, a gente tem é que viver a vida enquanto cá estamos...e pronto, enquanto estou ao pé dela estou animada. E: Distrai-a? N8: Sim, eu quero é pessoas que me animem. Para me deitar para baixo, já me basta quando estou aqui sozinha. Que mesmo assim, as vezes, como quando não tenho com quem falar, as vezes falo sozinha "Deixa tar que há quem esteja pior. Tu própria já estiveste pior" ...tem que ser assim, porque o tempo que a gente cá está passa muito depressa. Eu as vezes ponho-me a ver fotografias, parece que ainda foi ontem... (...) O meu marido era da L. (Empresa) e nos anos 80, não pagava os ordenados, passaram muito tempo e não pagaram os ordenados, outra fase...muito complicada e (...) ele (senhorio) soube e então veio cá oferecer 60 contos para a gente se ir embora. Pensava que a gente estava tão aflitos com dinheiro que os 60 contos eram mais importantes que uma casa. Só via a parte dele, nos nunca lhe faltámos na renda dele, arranjava-se sempre. Eu já tava reformada e a minha reforma para isso tinha que dar. (...) Agora quando foi do meu marido (falecer), telefonou a dar os sentimentos, mas ainda não enviou recibo nenhum. Mas eu pago pelo banco, transferência bancária, portanto tenho os papéis do banco, senão não estava descansada, mas ainda não tenho um recibo em meu nome, que eu queria ir mudar o nome da luz, da água e tenho que ter um recibo em meu nome. E não sei se os papéis do banco... se dão, faz-me falta um recibo, tenho que telefonar a ver se me manda os recibos...o que vale é que tenho os do banco senão não tava descansada. E fui a associação dos inquilinos e eles é que trataram da carta, tive de pedir uma certidão de óbito, uma certidão de casamento, e foi tudo com carta registada com aviso de recepção, senão não tava descansada com ele... (...) Agora só peço a Deus para não ter assim uma doença muito grave, porque o meu filho não pode suportar, nem o meu filho nem a minha nora, que também já está muito doente, por causa de ser DOPING, também já</p>	<p>RELAÇÃO COM IRMA</p> <p>RELAÇÃO COM AMIGA - SUPORTE</p> <p>RELAÇÃO COM AMIGA - SUPORTE</p> <p>NECESSIDADE DE ANIMO / DESEJO DE BEM ESTAR ESTAR SOZINHA – MAL ESTAR</p> <p>CONSOLO POR COMPARAÇÃO COM OS OUTROS E PASSADO</p> <p>BREVIDADE DA VIDA / SAUDOSISMO (FOTOS)</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA DO CASAL / DIFICULDADES FINANCEIRAS</p> <p>INSEGURANÇA FINANCEIRA POS MORTE MARIDO</p> <p>BUROCRACIAS POS MORTE/ INSEGURANÇA FINANCEIRA</p> <p>PERCEPÇÃO DA PROPRIA EFEMERIDADE</p> <p>PREOCUPAÇÃO COM FAMILIA</p>
--	--

<p>tem hérnias, hérnia discal, já foi operada, já tem uma quantidade de problemas, tendinites, e mais não sei quê: 40 anos e já ta com uma quantidade de problemas, mas é toda cheia de genica, tudo a frente dela... (...) Os meus netos ajudam-me muito são tão giros. O meu neto é tão giro...a minha neta é mais...mais fria, o meu neto e muito reguila mas é muito meiguinho (...) ai aquilo é tão bom (...) não trocava essa felicidade por nada. (...) Quando vinha para cá passar o fim-de-semana, e o avô (marido) ia passear com ele, de comboio, para o metro, como anda de carro com os pais queria era comboio, metro, barco, iam para a outra banda os dois, e o meu marido era assim "Se soubesses a felicidade que me dá passear com o nosso neto..." (...) e ele também se sentia feliz com isso. Também não teve carinho, não teve carinho de ninguém. O meu marido dizia que a maior felicidade que teve na vida, foi ter casado comigo. E eu sentia-me bem por ele dizer isso. (...) Mas ele foi rebelde para mim ao princípio. Descarregava a rebeldia dele em mim, mas eu já lhe perdoei, pediu-me tanta vez perdão. Mais tarde, "Eu fui tão mauzinho para ti ao princípio, tu não merecias, não merecias", "Já passou, foste mas já não és, agora és meu amigo" "Ai sou, se pudesse dar a minha vida por ti, eu dava" não a deu por mim, deu não sei por quem...deu por ele, às vezes penso que já tá melhor que eu. E peço para ele olhar por mim, por mim, pelo filho, pelos netos, pela nora também. E é uma incógnita, a gente não sabe. Sabe que deixa de sofrer. E foi cremado. Foi cremado que o meu filho disse-me, quando viu que o pai estava assim mal disse-me "Se fosse a ti o pai era cremado, mãe, eu sou nervoso, tu és nervosa, já viste o que é nadar no cemitério? Depois levantar ossos...isto castiga-nos, e não há necessidade de nos castigarmos a nós próprios", "Eu não faço isso porque o teu pai nunca falou nisso" (...) "quero lá saber, depois não sinto nada". Disse assim "pronto, já tenho a palavra dele", disse logo ao meu filho...que a gente já estava desenganados, a gente já falava com as assistentes sociais, que ele tinha pouco tempo de vida, ele coitadinho é que ainda não estava a sentir isso. Foi, mas de vez em quando gosto de lá ir ao cemitério. Ficaram lá as cinzas. Gosto de lá ir ao cemitério. (...) No ano novo (...) foi-me (a nora) levar lá ao</p>	<p>SUORTE FAMILIAR (NETOS) SUORTE FAMILIAR/ BEM-ESTAR RECORDAÇÃO ACTIVIDADES E GOSTOS DO MARIDO RECORDA HISTORIA DE VIDA DO MARIDO RECORDA RELAÇÃO DO CASAL RECORDA HISTORIA DE VIDA DO CASAL MARIDO COMO FONTE APOIO CONSOLO DE MORTE COMO ALIVIO DE SOFRIMENTO MARIDO COMO FONTE DE PROTECÇÃO DA FAMILIA/ CRENÇA MISTERIO DA MORTE/ FIM DE SOFRIMENTO RITUAIS FUNEBRES CARACTERISTICAS PERSONALIDADE CUMPRIR A VONTADE DO MARIDO PERCEPÇÃO DA GRAVIDADE DA DOENÇA MARIDO – DESCONHECIMENTO DA GRAVIDADE DA DOENÇA PROXIMIDADE - IR AO CEMITERIO</p>
--	--

<p>cemitério, eu quando vi, ai mas fiquei tão contente. “Você não queria vir ao pé do seu marido? Ele está aqui”, chorei tanto, tanto, tanto...e fiquei muito contente com ela. Disse assim, “Obrigada... obrigada...” pronto, ele não tá ali, tão lá as cinzas, foi onde eu o vi a ultima vez, estão lá as cinzas e dele...e não sei, sinto-me bem quando lá vou. Sinto tristeza, mas sinto que estou mais perto dele. Não sei. Acredito que o espírito dele não está ali, estão ali os restos. A matéria, já nem matéria é, aquilo é pó. Mas ela fez-me isso...ela já me tinha ouvido dizer ao meu filho “Temos que lá ir por umas florzinhas” (...)</p>	<p>IR AO CEMITÉRIO DESEJO DE ESTAR PERTO DO MARIDO CHORO ACOMPANHAMENTO DA FAMILIA IR AO CEMITERIO/ CINZAS – PROXIMIDADE TRISTEZA VS. PROXIMIDADE DO MARIDO RECURSO ESPIRITUAL / CRENÇA</p>
<p>Os meus netos não foram ao funeral (...) eu pus assim a mão, e eles puseram também, “Estão aqui as cinzas do avô” (...) quando tivemos a noticia da morte (...) eles andam sempre a guerra um com o outro (...) quando demos por eles, estavam os dois assim sentados no maple assim (quietos e sérios). Estiveram assim que tempos e depois reparei neles. O meu filho “mãe, ele acabou, mas acabou o sofrimento”, estávamos já assim a falar, depois vieram uns colegas do trabalho...e os meus netos ficaram assim, muito quietinhos, sossegadinhos, sentiram...sentiram....</p>	<p>ACOMPANHAMENTO DA NORA FUNERAL RELAÇÃO DOS NETOS COM A MORTE DO AVO RELAÇÃO DOS NETOS COM A MORTE DO AVO RELAÇÃO DOS NETOS COM A MORTE DO AVO (SOFRIMENTO PARTILHADO)</p>
<p>(...) Eu mesmo assim tenho-me aguentado. Triste. Sete meses, fez dia 12, sete meses. Já há muito tempo que não vejo o meu marido, agora não sei quando o vou ver outra vez. Só Deus é que sabe. Eu estou convencida que o vou ver. A certeza não sei, mas pelo que dizem...eu já frequentei um centro espírita e fez-me bem (...) aquele centro era uma coisa boa (...) aquele fechou, se eu soubesse de outra coisa como era essa, eu gostava de frequentar. Ajudou. Até a compreender as coisas que se passavam comigo. Orávamos (...) andei lá e melhorei muito, foi na altura em que eu tirei os medicamentos.</p>	<p>SUPORTAR SOFRIMENTO/ TRISTEZA TEMPO DE MORTE (7 MESES) AUSENCIA DO MARIDO ESPERANÇA DO REENCONTRO (ESPIRITUAL)</p>
<p>(...) Nunca mais tomei aquelas quantidades que eu tomava (medicação) ...agora tomo uma coisita. Sedoxil, tomava metade antes do meu marido adoecer, depois quando ele começou a ficar pior, eu não dormia, passei a tomar inteiro. Depois a minha médica de família, que é muito boa (eu tive 5 anos sem medico de família), mas tenho esta há um ano e tal, foi quando o meu marido começou a ficar doente, fui lá e disseram que já tinha médico de família. Tão boa, tão atenciosa! Sempre a dizer que se eu não estiver bem, para ir falar com ela, que me ajuda. (...) é muito importante, quando uma pessoa está assim, sentir que as pessoas se prestam...quando nos vemos sem nada</p>	<p>MEDICAÇÃO PARA DORMIR - ANTIDEPRESSIVO BOA PERCEPÇÃO DE APOIO MEDICA FAMILIA INICIO DA DOENÇA BOA PERCEPÇÃO DE APOIO MEDICA FAMILIA BOA PERCEPÇÃO DE APOIO MEDICA FAMILIA NECESSIDADE DE APOIO PARA</p>

O luto da mulher de terceira idade: a vivência de quem ficou viúva

caímos mais depressa.

E agora já não há mais nada! (ri)

SUPPORTAR SOFRIMENTO

RESUMO DE TEMAS N8:

1. Relembra percurso de doença do marido: desde diagnóstico até à morte
2. Morte como alívio do sofrimento/ libertação de Deus/ descanso Vs. Ausência/ saudade/ sofrimento da perda do marido
3. Sofrimento pessoal e partilhado pela família: função de acompanhamento, apoio, protecção e preocupações mútuas, afecto
4. Acompanhamento de processo de doença: tratamentos e visitas ao Hospital vs. Remorso de não estar presente no momento da morte
5. Referencia a actividades actuais: rotina diária; sair com amiga/ família vs. Estar na sua casa sozinha (ambivalência)
6. Recorda características, gostos, actividades, hábitos/ rotinas, história de vida do marido (sofrimento)
7. Equipas de saúde – valorização positiva e negativa
8. Estado de saúde frágil (anterior): doenças físicas e do foro psiquiátrico (depressão), perda de capacidade física que compromete saídas/ animo; antevisão da sua própria efemeridade
9. Recordação da própria história de vida: cuidados à mãe dependente e morte (juventude); trauma da morte do pai na infância (história de vida de miséria e sofrimento)
10. Insegurança. Medo de perdas futuras (fantasia de perda do filho, perda financeira/ casa, regresso a depressão e miséria da infância).
11. Fatalismo da vida/ Conformismo vs. Vontade de ultrapassar
12. Manutenção da presença e relação com o marido VS. Evitar ir a instituição
13. Comparação social com os outros: “piores” ou “melhores” (relativização) e comparação com o que fantasiou que fosse sofrer no luto
14. Recursos pessoais de personalidade, força pessoal; estratégias de racionalização
15. Recurso espiritual: Apoio/ zelo do marido; Esperança de reencontro transcendente após sua morte
16. Recordação da relação: casamento, vida partilhada, companhia, cuidados mútuos, preocupação e apoio nas dificuldades, afecto e carinho do casal, actividades conjuntas, felicidade

Observações: fotografia do marido, períodos de choro, Roupa de cor escura (não negro)

11. APENDICE - Ficha síntese e transcrição entrevista N9

Realizadas por: Lídia Rego, Universidade Católica de Lisboa

INSTITUIÇÃO DE REFERENCIA: (ocultada)		
DATA: 20-01-2012		
LOCAL DE ENTREVISTA: domicílio da entrevistada		
HORA DE INICIO: 15h	HORA DE FIM: 16h20	DURAÇÃO: 70 minutos

IDADE: 65 anos
DATA DE MORTE DO CONJUGUE: 30-10-2010 (1 ano e 3 meses)
ANO DE CASAMENTO (> 25 ANOS): 47 anos
ORIENTADA (REQ. OBRIG.): OK

CONDIÇÕES GERAIS E AMBIENTE:

Entrevista realizada na sala: simples, pequena, com boa higiene, com boa iluminação natural. Fotos de família (incluindo o marido) na sala. Quando chego está ligada a TV e refere: "É a minha companhia, até a minha filha chegar, é como estou". E depois desliga para iniciarmos. Há ruído do exterior (ambiente de vizinhos de bairro típico lisboeta).

OBS. ENTREVISTADA:

Colaborante, como períodos de choro, mantendo tranquilidade no geral. Tosse seca, relacionada com problema de saúde em fase de diagnóstico/ tratamento (na garganta – como doença do marido). Apresentação simples. Veste-se de negro.

OBS. FINAIS:

No fim mostra-me mais fotos de família que tem no quarto, fazendo referência à cama que era do casal e onde agora dorme. Entre as fotos do quarto estão também fotos dos netos de vizinhas com que demonstra ter muita proximidade e amizade (desde sempre).

ASSINATURA DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

CODIGO DE GRAVAÇÃO: N9(ocultada)20012012

<p>N9: Pronto, nós já sabíamos que o meu marido tinha pouco tempo de vida. Portanto, o Dr. Disse-lhe que ele ia ter um ano de vida, mas ele viveu 20 meses. (chora) Queira desculpar, mas... (chora) de maneira que foi muito doloroso... porque não pensava que o meu marido fosse assim. Sofreu muito, mas ele nunca deixou de andar, mas claro não ia para a rua. Quando ele queria ir a rua era eu que o levava, e ia busca-lo, porque ele as vezes gostava de ir ali um bocadinho ao café, mas chegou a uma altura em que eu já não o podia levá-lo porque ele já não tinha mesmo força nas pernas e eu tinha que o agarrar e eu também não tenho muita força nas minhas pernas. E então, com medo que ele caísse, podia cair eu e caia ele, e então deixei de o levar, mas eu fiz sempre questão de ele se levantar. Nunca o mantive na cama, ele tomava a insulina, ah... morfina, já tinha os pensos, já tinha aquela coisa toda, e já fazia o “chupa” (medicação Actiq), o tal “chupa” que elas diziam que era o “chupa”, ah, dormia muito, muito, mas eu para ele tomar o pequeno-almoço, de manhã chamava-o para ele tomar o pequeno-almoço, eu ia sempre dar-lhe banho antes de ele tomar o pequeno almoço, dava-lhe banho e dava-lhe o pequeno almoço e ele depois deitava-se. Ao almoço, eu levantava-o sempre para ele vir almoçar, eu ajudava-o, claro, mas ele vinha sempre almoçar a mesa. Só que a maior parte dos dias não comia não é? Porque o problema dele foi na boca. À tarde, eu levantava-o, sentava-o aqui, e então fazia-lhe, eu tinha todas as farinhas em casa, como se fosse um bebe, comprava-lhe várias para ele não enjoar, e então fazia-lhe um bom prato de farinha e dava-lhe à boca, e era a coisa que eu conseguia que ele comesse. E eu então ficava satisfeita porque ele alimentava-se. A noite quando a minha filha chegava “Então pai?”, “A tua mãe, a tua mãe é uma louca, a tua mãe pensa que eu posso comer, enfia-me o comer pela boca abaixo”, porque eu ficava, eu ficava coisa de ele não, eu coitadinho, sabia que ele não podia, mas se ele não comesse, iria ficar pior. Até que um dia de manhã, portanto, foi no dia 30, chovia, chovia, chovia tanto, tanto, tanto, e a minha filha abalou de casa eram 20 para as oito, como abala todos os dias (porque ela é solteira, ainda vive comigo) e eu, eu deitei-o, à noite, deitei-o, virei-o para este lado de cá, e sei que ele de noite, virou-se para o outro lado, mas ele levou toda a noite com uma respiração tão ofegante, tão ofegante, tão ofegante que eu eram sete horas da manha, levantei-me que já não conseguia tar na cama, mas quando eu me levantei, aquela respiração do meu</p>	<p>DIAGNÓSTICO/ PERCURSO DA DOENÇA</p> <p>SOFRIMENTO NA DOENÇA</p> <p>PERCURSO DA DOENÇA</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA GOSTOS/ HABITOS DO MARIDO</p> <p>AGRAVAMENTO DA DOENÇA</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA (LIMITAÇÕES E RECEIOS)</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA – CUIDADOS</p> <p>PERCEPÇÃO DA GRAVIDADE DA DOENÇA (MEDICAÇÃO)</p> <p>ROTINAS/ CUIDADOS NA DOENÇA</p> <p>ROTINAS/ CUIDADOS NA DOENÇA</p> <p>LIMITAÇÕES NA DOENÇA (COMER)</p> <p>ROTINAS/ CUIDADOS NA DOENÇA (COMER)</p> <p>ESPERANÇA NA MELHORIA (COMER)</p> <p>PERCEPÇÃO DOS CUIDADOS PELO MARIDO</p> <p>A IMPORTANCIA DO COMER – ESPERANÇA</p> <p>ACOMPANHAMENTO FAMILIAR</p> <p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE</p>
---	---

<p>marido continuou, mas vi que ele já estava virado para o meu lado, e eu tive aqui a engomar, eu às nove horas tinha que ir os medicamentos à farmácia porque já não me davam no Hospital, então eu tinha que os encomendar e depois é que os ia buscar, que era o “chupa”, a morfina e essas coisas assim, e então eu fui ao quarto, eram nove horas, larguei o ferro, e disse “T. anda levanta-te que é para eu te tratar que é para ir buscar os medicamentos”, “anda, anda”, mas ele não respondeu nada, não é? Eu disse “T. levanta-te, anda!” e ele nada. “Ó T. tu tas a ouvir?”, eu fiz-lhe assim (tocar), “Tás a ouvir, anda lá, que eu tenho que te dar banho e ir a rua” e ele nada...aquela respiração muito ofegante, mas nem se mexia nem nada. Eu comecei logo a chorar, telefonei logo para o trabalho da minha filha, disse “Ó C. vem que o pai não respira, o pai não, o pai não dar cor dele”, (...)”não saias daí que eu vou já para casa” (...)</p> <p>(Tosse) eu custa-me falar, não sei se é...eu tenho nódulos na garganta, portanto não sei se é por...eu sou asmática, mas agora quando falo muito, dói-me aqui esta parte. De maneira que a minha filha depois chegou e foi ao quarto e disse “Ó mãe, o pai ta a respirar”, “Ó filha, eu sei que o pai tá a respirar, o pai não dá é cor dele” e ela começou “Ó pai, ó pai, ó pai”, e mexia-o e tudo e ele nada. “Pois não mãe, o pai não dá cor dele, dá cá o nº telefone da médica” e telefonou para a doutora. E a Dra. Disse “Ele está nos <i>finalmentes</i>...não há nada a fazer” e pronto, a minha filha desligou o telefone e disse “Ó mãe, a médica disse isto assim assim...”, fiquei eu a olhar para a minha filha, e ela a olhar para mim, sem saber o que havíamos de fazer e ela disse-me “Ó mãe, o pai não pode estar aqui sem assistência” e eu disse “Pois não...chama-se o 112, chama-se o INEM”, assim é que foi, “Chama-se o INEM para ver o que é que eles dizem”. Eu telefonei ao INEM, o INEM veio (...) estiveram de volta deles, mas depois disseram “Olhe eu tenho que chamar reforço” e vieram os médicos e depois os médicos é que depois vieram e ele foi logo aspirado, e a médica queria-o levar para o Hospital e eu disse, “Não, Dra., é assim, o meu marido vai para o Hospital para viver mais um tempo? Se é por isso, tudo bem, agora se é para morrer, o meu marido não vai para o Hospital” e ela disse “Eu posso mete-lo na ambulância e ele ele ficar-se pelo caminho”, “Então não vai, o meu marido não sai de casa”, “Ah, mas eu tenho que o levar”, “Não, Dra. Desculpe, mas o meu marido não sai de casa”, ela então pediu-me o nº telefone da médica e teve a falar com a médica, mas</p>	<p>PIORIA DO ESTADO DE SAUDE SOFRIMENTO APOIO FAMILIAR</p> <p>DOENÇAS FISICAS PESSOAIS</p> <p>AGRAVAMENTO DO ESTADO DE SAUDE</p> <p>PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA</p> <p>PREOCUPAÇÃO FAMILIAR/ ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA</p> <p>PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA – DESEJO DE PERMANECER EM CASA</p> <p>DECISAO DE DEIXAR MORRER EM CASA</p>
--	---

<p>eu acho que a Dra. Estava com mais pena de nós, do que praticamente dele, que ela também viu que ele tava no fim...então falou com a Dra., não sei o que é que a Dra. Lhe disse, que ela depois “Vocês sabem o que é que pode acontecer? e nós dissemos “Sabemos, estamos aqui capaz de tudo”, “mas vejam lá porque vai ser muito doloroso”; “Não faz mal, nós estamos cá para aquilo que der e vier”, e ela disse “Olhe, mas eu tenho que o levar porque ele precisa de O2”, “Não, que eu tenho uma bilha de O2, que eu sou asmática e tenho uma bilha de O2” (Agora já não tenho, mandei-a embora desde que o meu marido morreu, que ainda lhe fez falta a ele, coitadinho). E pronto, depois foi, eles disseram “Nós vamos embora, mas se houver alguma coisa, vocês telefonam na mesma porque nós aparecemos”, mas não. Depois telefonei para o meu genro para trazer a minha filha mais velha, para ele ir buscar os netos, e teve coitadinho, naquela aflição todo o dia. Todo o dia com aquela respiração ofegante. Isto a noite, eu disse à minha filha mais velha, para ela ir para casa mais os netos. Ele ainda apertou, apertou...apertou nada, fez assim aos dedos, e abriu os olhos para os netos. Porque a médica depois disse-me que ele ouvia, ele ouvia tudo coitadinho, ouviu que eu queria que ele morresse em casa, e...eu não sabia que ele tava a ouvir. E depois então, eu disse à minha filha, “vai embora para casa com os meninos...porque o pai ainda não deve estar por hora” e uma sobrinha minha, veio à noite e disse-me assim “Ó tia, eu vou ficar cá” e eu disse “Não é preciso filha, podes ir porque estou cá eu e a C. (filha)” “Não, não, a tia vai-se deitar, e eu fico aqui mais a C., portanto, uma cabeça fria, e uma cabeça quente, é melhor do que duas quentes, portanto eu vou ficar cá” e eu disse “Não, vai, porque tens lá a tua mãe”, também muito doente que morreu 18 dias depois do meu marido.</p> <p>(...) Fizeram com que eu me deitasse no quarto da minha filha, ainda me fui à cama, ainda lhe dei um beijinho, disse “Eu já venho, vou-me deitar, mas eu já venho aqui ao pé de ti”, coitadinho, olhe, foi despedir-me dele. Que eram 5 e um quarto da manha morreu.</p> <p>Pronto, a partir daí tem sido, aquela falta não é? Aquela falta constante, porque...a filha, a mais velha sofreu de uma maneira, a mais nova sofreu de outra. Porque é assim, a minha filha mais velha, o pai era a grande paixão dela...de maneira que...tem custado muito. Muito. Esta (filha) tem custado de uma maneira e ela (a mais velha), de outra, porque esta teve sempre presente ao lado dele, e teve ao lado dele até ele morrer, e só quando</p>	<p>EQUIPA DE SAUDE – PERCEPÇÃO DE COMPAIXAO PELA FAMILIA</p> <p>PERCEPÇÃO DE FIM DE VIDA E PREPARAÇÃO PARA MORTE</p> <p>DOENÇAS PESSOAIS (ASMA)</p> <p>PERCEPÇÃO DE APOIO DA EQUIPA DE SAUDE</p> <p>ACOMPANHAMENTO DA FAMILIA</p> <p>SOFRIMENTO DO MARIDO – FIM DE VIDA</p> <p>ACOMPANHAMENTO DA FAMILIA EM FIM DE VIDA – DESPEDIDA</p> <p>LAMENTO POR QUEBRA DE CONSPIRAÇÃO DO SILENCIO</p> <p>ACOMPANHAMENTO/ APOIO DA FAMILIA</p> <p>ACOMPANHAMENTO/ APOIO DA FAMILIA</p> <p>MORTE DE IRMÃ – PROXIMA DO MARIDO</p> <p>DESPEDIDA DO MARIDO/ AFECTO DO CASAL</p> <p>MORTE DO MARIDO</p> <p>AUSENCIA DO MARIDO/ SAUDADES</p> <p>SOFRIMENTO COMPARTIDO PELA FAMILIA</p> <p>SOFRIMENTO</p> <p>SOFRIMENTO COMPARTIDO PELA FAMILIA</p>
---	--

<p>ele estava limpo é que me foram buscar, foram chamar, e a minha filha custou muito, muito, mesmo, porque, a urna não entrou cá dentro, até o queriam levar até à igreja com... (tosse) queriam levar até à igreja num saco, eu é que não deixei.</p> <p>E então o meu marido (morto) veio de lá de dentro, até aqui à escada, sem urna, e a minha filha diz que ainda tem presente, a cara do pai, ela diz "Ó mãe, a cara do pai era como quem o estavam a tirar daqui à força de casa e ele não queria ir", ela quando fala nisto, chora. Porque ela diz que tem presente a cara do pai quando o pai saiu daqui.</p> <p>De maneira que olhe, tem sido doloroso, porque...agora já estou a ir um bocadinho mais, não é? Porque também tou em casa, porque tou muito doente das minhas pernas, e agora tenho estado em casa, mas depois ao final de 3 meses, eu fui trabalhar porque eu tive de deixar de trabalhar para olhar pelo meu marido, e eu ao final de três meses do meu marido ter falecido, fui trabalhar. Só que em Outubro, eu tive que vir para casa, que eu quase perdi o andar, é por causa da coluna (tosse) ... de maneira que a morte do meu marido foi foi foi foi...foi uma falta muito grande...foi o estar aqui habituada a uma pessoa, toda a vida, não é? Porque são 47 anos de casamento, é muito. Eu casei uma menina, ele não, já era um homem feito, tinha 25 anos, eu tinha 16, quando casámos. De maneira que nunca conheci outro homem na minha vida, foi o meu marido, e toda a vida aqui vivemos os dois. E agora cada vez estávamos mais...mais os dois, não é?</p> <p>Porque enquanto eu estava a trabalhar, eu chegava a casa a noite, e agora estava 24h sobre 24h com ele, de maneira que é uma falta muito grande que a gente tem cá dentro de casa, muito grande mesmo, uma falta muito grande.</p> <p>Eu adoeci, logo que ele faleceu, eu adoeci. Também tive muito doente e...e é assim. É muito doloroso, é uma perda muito grande, muito grande.</p> <p>Nunca pensei que o meu marido me fizesse tanta falta como faz (chora).</p> <p>A gente sabe que todos nós vamos... (tosse). Não sei o que tenho hoje...</p> <p>E: Ontem foi ao Hospital precisamente por causa disso...</p> <p>N9: Fui, vou fazer uma biopsia, vou fazer uma biopsia com ecografia (rouca) porque foram-me descobertos uns nódulos, já tem 2 cm, já é muito, muito grande. De maneira que a médica mandou-me esperar 3 meses, fui lá, fui lá ontem. Isto devia ter sido logo visto, mas agora já adiantou mais 3 meses, não é? Agora só dia 1 é que vou fazer esse...a</p>	<p>FAMILIA PROTECTORA SOFRIMENTO COMPARTIDO PELA FAMILIA RITUAIS FUNEBRES TOSSE – SINTOMA FISICO ACTUAL RITUAIS FUNEBRES – DIGNIDADE</p> <p>SOFRIMENTO COMPARTIDO PELA FAMILIA</p> <p>DOLOROSO PERCEÇÃO DE MELHORIA NO PROCESSO DE LUTO DOENÇA FISICA – OBRIGA A ESTAR EM CASA (LIMITAÇÃO) REGRESSO AO TRABALHO ESFORÇO NOS CUIDADOS AO MARIDO</p> <p>DEBILIDADE FISICA – LIMITAÇÃO TOSSE – SINTOMA FISICO ACTUAL AUSENCIA DO MARIDO RELAÇÃO DO CASAL/ ANOS DE CASAMENTO</p> <p>HISTÓRIA DO CASAMENTO</p> <p>MARIDO – ÚNICO HOMEM</p> <p>VIDA DO CASAL</p> <p>ACOMPANHAMENTO EM FIM DE VIDA</p> <p>AUSENCIA DO MARIDO EM CASA</p> <p>DOENÇA PÓS MORTE DO MARIDO DOR/ PERDA DIFICIL</p> <p>ANTECIPAÇÃO DA DOR DA PERDA</p> <p>EFEMERIDADE DA VIDA PREOCUPAÇÃO PESSOAL COM SAUDE</p> <p>DOENÇA ACTUAL – CONSULTAS E DIAGNOSTICO</p>
---	---

<p>biopsia para ver o que é. Sabe que a doença do meu marido está sempre viva na minha ideia? ...Porque sempre foi uma doença que eu tive muito medo (cancro), muito medo mesmo, tenho horror a esta doença! E com o meu marido ter-lhe aparecido isto, eu, eu ver o sofrimento dele, porque são sofrimentos muito grandes, e ele coitadinho, muitas vezes não se queixava para não me martirizar...de maneira que isto ta muito vivo na minha ideia, esta muito presente na minha ideia, porque...é muito doloroso, são umas doenças que...ele era um homem que (suspira): a gente ver um homem pulsante como ele era e de repente vemos um farrapo humano, ah....coitadinho, sem poder andar, sem poder fazer as necessidades, que já lhe tínhamos de tirar as necessidades do rabo que ele não tinha forças já para as fazer, tínhamos de lhe fazer tudo. Foi um homem muito limpo, não me fazia nada na cama, nem nada, muito limpo, fora o que coitadinho deitava, que tinha sempre de ter resguardos na cama por causa do...sangue que ele deitava. De maneira que são coisas que ficam muito na nossa ideia, ficam muito...eu fiquei muito abalada com a morte do meu marido. Muito mesmo. E sou-lhe muito franca, ainda não consigo fazer "Natais", ainda nada, não consigo. Não posso ouvir certas coisas que ele gostava, por exemplo fados, que ele gostava, não consigo....sei lá, é uma coisa muito forte, é mesmo muito forte. De maneira que é assim, coitadinho...ele está ali (vai buscar moldura para a mesa onde estamos) (...) Mas foi bom doente sabe? Foi bom doente. Não, não era aquele...só quando estava no hospital, porque ele fazia uma semana de QT, uma semana inteira, entrava a segunda-feira e íamos buscá-lo ao sábado e então tinha dias que eu chegava ao pé dele e não o podia aturar. Corria comigo do quarto e tudo. Porque de resto...também só ficou internado para fazer a QT e foi internado uma vez porque tinha a boca ferida, muito ferida da QT e não comia nem conseguia que ele bebesse água. E um dia estava com diarreias muito fortes, e ainda ia lá abaixo e o meu neto que foi ter com ele, o meu neto é que o amparou, senão tinha caído da escadaria toda e foi, chamou o 112 e levou-o, foi para o hospital. (...) Esteve lá duas semanas porque não tinha líquidos, como... E: Estava desidratado? N9: Exactamente, estava desidratado. De maneira que de resto esteve sempre em casa. A Dra. Chegou a dizer-me que o</p>	<p>PREOCUPAÇÃO ACTUAL COM DOENÇA DO MARIDO MEDO/ HORROR DE DOENÇA SOFRIMENTO DO MARIDO NA DOENÇA CARACTERISTICAS DO MARIDO PREOCUPAÇÃO ACTUAL COM DOENÇA DO MARIDO / DOLOROSO CARACTERISTICAS DO MARIDO/ JUVENTUDE VS. FRAGILIDADE DO FIM DE VIDA CUIDADOS AO MARIDO DEPENDENTE CARACTERISTICAS DO MARIDO MEMÓRIA DO SOFRIMENTO DO MARIDO NA DOENÇA SOFRIMENTO COM A MORTE DO MARIDO COMPORTAMENTOS EVITATIVOS (LUTO) COMPORTAMENTOS EVITATIVOS/ GOSTOS DO MARIDO SOFRIMENTO INTENSO FOTO COMO SIMBOLO DE PRESENÇA CARACTERISTICAS DO MARIDO (NA DOENÇA) TRATAMENTOS NA DOENÇA ZANGA DO MARIDO DURANTE TRATAMENTOS AGRAVAMENTO DA DOENÇA INTERNAMENTO POR AGRAVAMENTO PERCURSO DA DOENÇA (CASA)</p>
---	--

<p>internava lá porque a morte dele ia ser muito dolorosa e então que o internava no centro (hospital) de dia, porque também como eu sou uma pessoa muito doente, mas eu não quis, eu não quis. Quis que ele estivesse cá em casa.</p> <p>(...) e morreu com todos de volta dele. Deixava-o ir para o hospital para que? Ia para lá, não podiam fazer nada, ia ali para um canto, sozinho, ao menos aqui tinha a família toda de volta dele. Teve carinho, teve tudo. Não lhe pude fazer mais nada, tudo o que pude fazer-lhe, fiz-lhe, não lhe pude fazer mais nada.</p> <p>Agora olhe, é carpirmos as mágoas, porque como se diz, é isso que a gente tem que fazer e pronto, mas é doloroso, muito doloroso, nunca pensei...</p> <p>Passsei pela morte da minha mãe, que são amores diferentes, também me custou muito, mas eu nunca pensei que o meu marido me custasse tanto como custa. Dói, parece que a gente sente na carne, aquela falta daquela pessoa...</p> <p>É assim, eu tou com os meus netos, ao fim-de-semana e...mas eles sofreram também muito com a morte do avô. Eles também dizem "Ó avô, falta uma pessoa" e falta. E falta. As vezes pomos lá o lugarzinho dele...</p> <p>O Natal e o Ano Novo foi com a minha filha, nós fomos para lá, que sempre passávamos lá e sempre continuamos a passar. Mas não houve festas, não houve árvores, não houve nada, nada mesmo...já é o 2º ano da falta dele e a gente não consegue, não se consegue. Dizem "Ai, é uma árvore o que é que faz?", Não faz nada, mas eu acho que para se fazer tem que se ter espírito e eu não tenho esse espírito, sinto só a presença dele, a falta dele cá em casa. Embora que eu acho que ele está sempre presente. As pessoas a quem eu digo isto são capazes de me chamar maluca, mas eu creio no espiritismo e o meu marido está sempre presente. Eu acho que ele está sempre presente...</p> <p>(...)</p> <p>Ele as vezes coitadinho dizia-me assim, "Ando aqui a dar-te tanto trabalho", quando eu lhe dava banho que eu tinha que o limpar e tinha que me dobrar e ficava logo com as minhas faltas de ar. "Só te estou a dar trabalho, filha, só te estou a dar trabalho", "Não tas nada, T. Então, também já não te tenho dado a ti? Quando estou doente também não és tu que olhas por mim? O que é que tu queres fazer?" beijava-me as costas, beijava-me o pescoço, porque me estava a dar trabalho. "Mais valia eu ir porque assim já não te dava trabalho", e eu dizia-lhe assim "Não digas isso T. " "Então porque? Tu não</p>	<p>PREVISAO DE MORTE DOLOROSA</p> <p>CUIDADOS/ PROTECÇÃO DA EQUIPA À ESPOSA /</p> <p>DESEJO DE MORRER EM CASA</p> <p>DESEJO DE MORRER NA COMPANHIA DA FAMILIA</p> <p>MORRER NA COMPANHIA DA FAMILIA</p> <p>DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA</p> <p>FATALISMO/ CONFIRMISMO</p> <p>DOR</p> <p>PERDAS ANTERIORES (MAE)</p> <p>DOR ANTECIPADA PARA O LUTO</p> <p>DOR FISICA</p> <p>APOIO FAMILIAR</p> <p>SOFRIMENTO COMPARTILHADO NA FAMILIA</p> <p>AUSENCIA DO MARIDO</p> <p>MANTER PRESENÇA NA FAMILIA (LUGAR)</p> <p>RESTRICÇÕES: NATAL E ANO NOVO EM FAMILIA</p> <p>PERDA DE VONTADE PARA FESTEJOS/ AUSENCIA VS. PRESENÇA</p> <p>RECURSO ESPIRITUAL: CRENÇA NA PRESENÇA</p> <p>CUIDADOS MUTUOS DO CASAL</p> <p>CUIDADOS AO MARIDO/ ESFORÇO FISICO</p> <p>CUIDADOS MUTUOS DO CASAL</p> <p>CUIDADOS DO MARIDO COM A ESPOSA</p>
---	--

<p>queres que eu vá? “Pois não, então depois com quem é que eu implico?” (ri), eu dizia-lhe isto montes de vezes e ele começava-se a rir e dizia “Tá bem pronto, não vou, eu olho por ti, tu olhas por mim”. E...mas é aquela falta, aquela falta que a gente tem em casa. Eu estou aqui sozinha todo o dia. Todo o dia mesmo. Tenho dias em que me farto de chorar (chora). Não se pode fazer nada, não se pode fazer mais nada...é assim a vida. (chora)</p> <p>Gostava que ele fosse vivo, mas ele não pode estar. É assim (suspira e respira fundo). (...)</p> <p>Estas mortes... acho que é...acho que fazem tantos e tantos ensaios para conseguir a cura para esta doença e não conseguem porquê? (indignação). Porque realmente conseguem: a tuberculose descobriram, o cancro existe há tantos anos, e não sei porquê, não descobrem. Porque?</p> <p>É a vida e eu tenho muito medo dessa doença. Penso logo no que o meu marido sofreu. Mas ele fumava muito...eu não sei se era do tabaco...se aquilo foi provocado pelo tabaco ou o que é que foi. Não sei. Certeza porém é que ele teve aquele problema. No céu da boca...uma coisa que...e ainda bem que não abriu buraco. Eu acho que abriu, por dentro, de dentro da boca é que abriu. Para fora é que não, mas o médico tinha-nos dito que era capaz de abrir buraco para fora, mas graças a Deus que não abriu, mas eu acho que dentro o meu marido tinha um buraco na boca. Eu nunca a vi porque eu não era capaz de ver. Não era mesmo capaz de ver.</p> <p>Mas coitadinho, ele dois dias antes, eu acho que o meu marido que “variou” porque ele, na véspera, na véspera de ele falecer, ele de manhã, porque ele tomava o pequeno-almoço e depois fumava sempre um cigarrito, porque ele nunca deixou de fumar. E ele naquele dia, olhava... (eu escondia-lhe o tabaco, para ele não fumar) e ele nessa manhã, olhava, olhava, olhava, em cima da mesa, aqui na cozinha, e eu dizia-lhe “O que é que tu andas a procura?” “Não tou a procura de nada”, mas ele estava a procura do tabaco. A hora de almoço acontecia a mesma coisa, porque eu já conseguia que ele comesse muito pouquinho, a hora de lanche é que lhe conseguia enfiar a farinha, a noite ele continuava a procura, e eu tenho remorsos nisso. Não tenho remorsos em mais nada, mas nisso tenho remorsos (...) mas ele já não sabia o que era o cigarro. (...)</p> <p>E eu deitei-o bem, é que o deitei mesmo bem. Não tava nada a espera que fosse naquela altura. Acredita? Teve alturas em que gente já</p>	<p>RELAÇÃO DO CASAL</p> <p>CUIDADOS MUTUOS DO CASAL AUSENCIA DO MARIDO</p> <p>SOLIDÃO / SOZINHA EM CASA CHORO CONFORMISMO/ FATALIDADE DA VIDA</p> <p>LAMENTO PELA MORTE DO MARIDO</p> <p>INDIGNAÇÃO POR FALTA DE CURA PARA DOENÇA DO MARIDO</p> <p>MEDO DA DOENÇA DO MARIDO (SOFRER)</p> <p>RESPONSABILIZAÇÃO DO MARIDO PELA DOENÇA</p> <p>A DOENÇA DO MARIDO – DESCRIÇÃO</p> <p>FIM DE VIDA DO MARIDO</p> <p>HABITOS/ GOSTOS DO MARIDO</p> <p>PREOCUPAÇÃO COM CUIDADOS AO MARIDO (COMER)</p> <p>REMORSOS POR NÃO TER CEDIDO A VONTADE DO MARIDO</p> <p>O ULTIMO DIA DE VIDA – INESPERADO</p>
--	---

<p>esperava. Em que ele estava mal, tinha a boca já ferida, que ele ficava cheio de febre, coitadinho, a gente esperava que alguma coisa acontecesse naquele momento, mas naquela altura, não tava a espera de nada. Não tava mesmo (...)</p> <p>Uma vez caiu-me na casa-de-banho, e partiu-me o coiso do...de por as toalhas, o toalheiro. E a minha filha é que mo veio a levantar, é que o veio levantar ali porque...sabe o que é que nós fazíamos? Foi a minha filha depois que “descorreu”. Porque era assim, eu deitava-me e dormia. Naquele bocadinho, era quando o meu marido se lembrava de se levantar, que eu estava pegada no sono, eu não dava por ele. As vezes só o ouvíamos, que isso aconteceu duas vezes, ele a gritar na casa-de-banho. Graças a Deus que nunca se aleijou!</p> <p>A minha filha, “Ó mãe, temos este sino”, - que até foi ele numa ocasião que comprou, para se meter comigo a fazer que eu era a criada, que ele gostava muito de se meter comigo - e com um alfinete de dama, pegou, a colcha da cama, ao edredon da parte dele que era para quando ele se levantasse, eu o ouvia (...) quando temos assim os doentes em casa, nós que temos de arranjar as artimanhas próprias para nos defendermos, quer dizer, para eles próprios não ficarem prejudicados, não é?</p> <p>Mas é muito doloroso. Uma falta muito grande, eu não fui capaz de dormir no meu quarto durante 15 dias. Tive que dormir com a minha filha. Tive que mudar de colchão. Não tinha nada sujo, que eu protegia tudo, tive que mudar de colchão, deitei as almofadas fora, porque... eu sou muito escrupulosa, tenho esse defeito, não tenho culpa, não era que as almofadas estivessem sujas, que eu ate tinha as almofadas dentro de um resguardo, mesmo o resguardo impermeável (...) mas eu não era capaz de me deitar ali. A cama ficou a mesma, mas tive que comprar um colchão novo.</p> <p>Depois fiquei...ao fim de 15 dias vim para o meu quarto, e não sou é capaz, é de...tenho que dar a volta a cama e entro para o lado dele, não sou capaz de me sentar deste lado e de me deitar deste lado que era o lugar dele. Não sou capaz. Durmo para o lado de lá, que é o meu lado, e do lado do meu marido, que coitadinho, já não é colchão não é nada, onde ele se deitasse, não sou capaz.</p> <p>O meu neto é que dormiu aí uns dias comigo. Teve de férias e dormia ali comigo.</p> <p>(...) Era dele e era dele. E vai ficar sempre dele, o lugarzinho dele ninguém lho tira. (suspira), é a vida!</p> <p>O que é que a gente pode fazer?... A gente</p>	<p>LUTO ANTECIPADO (ANTERIOR)</p> <p>O ULTIMO DIA DE VIDA – INESPERADO</p> <p>ACIDENTE DURANTE DOENÇA (QUEDA)</p> <p>APOIO DA FILHA</p> <p>DIFICULDADES NO ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA</p> <p>ACIDENTE DURANTE DOENÇA (QUEDA)</p> <p>RELAÇÃO DO CASAL</p> <p>ZELO PELA SEGURANÇA DO MARIDO NA DOENÇA</p> <p>DOLOROSO/ AUSENCIA/ SAUDADES</p> <p>DIFICULDADE EM RETOMAR ESPAÇO DO CASAL (INICIAL)</p> <p>CARACTERISTICAS PESSOAIS/ PERSONALIDADE</p> <p>DIFICULDADE EM RETOMAR ESPAÇO DO CASAL</p> <p>RETOMA AO ESPAÇO DO CASAL</p> <p>DIFICULDADE EM RETOMAR ESPAÇO DO CASAL</p> <p>ACOMPANHAMENTO DA FAMILIA</p> <p>CONTINUIDADE DO MARIDO (ESPAÇO)</p>
--	---

<p>não pode ir fora disto, que é a lei da vida. Mas que há pessoas que dói mais que outras, isso é verdade. E o meu marido doeu muito. Doeu muito em todos, nas filhas, até no genro. Tanto nas filhas, como no genro como nos netos. Como em mim. Ele doeu. Fez doer muito. Muito mesmo. É uma falta muito grande que a gente tem. Então a gente só se sente bem a falar nele. Se estamos todos reunidos, vem sempre o avô à baila: “O avô gostava disto ou fazia aquilo”, “o pai dizia isto ou fazia aquilo...”. A gente lembra-se sempre dele constantemente. Porque ele foi uma parte muito importante da nossa vida. E continua a ser, que a gente não o vai esquecer. Por muitos anos que a gente viva, que eu já não devo viver muitos, mas por muitos anos que a gente viva, ele vai continuar a fazer parte da nossa vida. Mas coitadinho, tive muita pena de o meu marido ter fechado os olhos. Porque ele foi um homem de muito trabalho. Trabalhou muito, muito mesmo. E...merecia viver mais uns anitos, mas é assim, nestas coisas ninguém pode, ninguém manda... A Dra. Lá do hospital, a psicóloga, eu ainda lá fui falar uma vez, porque a Dra. Achou por bem que eu fosse lá, ainda fui lá falar, mas depois não fui mais, porque eu também não podia deixar sozinho, ele também não podia ficar sozinho que ele levantava-se, e caía. E por isso eu tinha que estar sempre aqui em casa ao pé dele. É assim, foram 2 anos que deixei de trabalhar, para estar ao pé dele...eu ainda gostava de voltar a trabalhar, vamos lá ver se ainda estou com... E: Com capacidade para isso... N9: É...o meu patrão diz que o meu lugar está lá. Eu tou reformada, já me reformei, mas como me reformei com limite de idade, eu posso voltar ao meu trabalho, mas eu estou muito aflita das minhas pernas, é da coluna e então não sei...mas muito sinceramente eu gostava de ir. Porque o meu trabalho é lidar com o publico, e eu sou muito...sou um a”gralha”, falo muito. De maneira que sinto falta. E depois trabalho com malta jovem também. Além de me chatearem a cabeça não é...porque eu é que sou a responsável pela casa, mas há dias piores e há dias melhores, mas é bom porque ao menos não me fecho aqui dentro. Porque eu tou aqui muito isolada. E pelas minhas pernas, depois sento-me muito. Faço a minha vida e sento-me e isto parecendo que não, engorda-me cada vez mais. Porque eu engordei desde que o meu marido morreu. Emagreci e depois engordei mais. (...)</p>	<p>FATALIDADE DA VIDA/ CONFORMISMO</p> <p>PERDA COM GRANDE SOFRIMENTO SOFRIMENTO COMPATILHADO NA FAMILIA DOR AUSENCIA</p> <p>RELEMBRAR MARIDO NA FAMILIA/ PRESENÇA</p> <p>RELEMBRAR MARIDO NA FAMILIA/ PRESENÇA CONTINUIDADE/ INESQUEBILIDADE DO MARIDO</p> <p>PERCEPÇÃO DA PROPRIA EFEMERIDADE CONTINUIDADE DO MARIDO NA VIDA DA FAMILIA LAMENTA MORTE DO MARIDO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO LAMENTA MORTE DO MARIDO/ CONFORMISMO</p> <p>APOIO PSICOLOGICO ANTES DA MORTE</p> <p>RECEIOS NO ACOMPANHAMENTO DO MARIDO</p> <p>ACOMPANHAMENTO NA DOENÇA/ SAIDA DO TRABALHO DESEJO DE VOLTAR A TRABALHAR</p> <p>REFORMA</p> <p>DESEJO DE VOLTAR A TRABALHAR VS.LIMITAÇÕES DE DOENÇAS FISICAS</p> <p>PERSONALIDADE/ NECESSIDADE DE CONTACTO SOCIAL</p> <p>DESEJO DE IR TRABALHAR/ COMBATE AO ISOLAMENTO EM CASA</p> <p>ESTAR EM CASA: SEDENTARISMO / PERDA DE SAUDE</p> <p>PERDA DE PESO QUANDO MARIDO MORREU RECUPERAÇÃO DE PESO</p>
--	--

<p>Durante a semana tenho dias que não saio (...) ao sábado de manha vou ao cemitério, todos os sábados vou ao cemitério, a manha de sábado é para o cemitério. E depois venho para casa, meto-me aqui já não saio.</p> <p>Se for a C. (casa da filha mais velha) porque aí saio daqui ao sábado a noite, porque a minha filha vem-me buscar, ou eu vou ter com ela ao trabalho e depois seguimos as duas. Lá sempre ando mais um bocadinho, e tou com os meus netos, sempre brinco. É diferente...agora aqui a minha filha ao domingo, também não sai de casa para lado nenhum, porque trabalha toda a semana. Só ao domingo é que ta em casa, quer descansar... (...) não saímos, isolamo-nos um bocado, então desde que o meu marido morreu, nem aquela janela abro (junto a porta da frente), como tenho janelas para trás, nem aquela abro, estou aqui metida, olhe...mas queria ir trabalhar, a ver se me fazia bem, a gente trabalhar é diferente. A ver no que vai dar....</p> <p>(Olha a foto) era um perfeito homem não era? Estava gordinho...mas ele nem era, era muito magrinho, muito magrinho mesmo. Nem foi a tropa porque não tinha caixa-de-ar (Ri). (...)</p> <p>Ele um ano antes disto, começou a emagrecer, emagrecer... E eu "Tens que ir ao médico", fez exames, nada. E o meu marido andava com uma dor no ouvido, e ele "O. Põe-me aqui os pingos, põe-me aqui os pingos...", e a minha filha disse "Ó pai, se a dor não passa, vai ao médico, que isso dos pingos não é solução". E eu fui ao médico com ele, "Ó Dr. Não tem nada no ouvido?", "Não, não tem nada no ouvido", mais tarde voltei a lá ir com ele. "Ó Dr. A dor não passa"; voltou a ver-lhe o ouvido, em vez de me ter mandado ao "otorrino", eu também não "descorri" na altura, mas ele como medico é que me devia ter dito, mas não, não disse nada. Numa ocasião, tinha vindo da C. (casa da filha) e disse "Ó T. vamos ao médico" e ele disse "Não, não vou ao médico, vou ao hospital", "Então, vá..." fomos, e foi lá no hospital que descobriram. A médica "Não, não vejo nada no ouvido, mas abra a boca", quando abriu a boca, viu logo, disse-me logo o que é que ele tinha e que estava em estado adiantado. Sem fazer exames, de maneira que nesse dia foi...foi crucial...cheguei a casa dei-lhe de comer, disse "Olha, vou a farmácia" e eu parecia uma doida na rua. Parecia que estava maluca. A ligar para as minhas filhas a dizer o que é que se passava, porque não podia falar em casa, de maneira que a partir dai foi uma luta constante, uma luta constante...</p>	<p>ISOLAMENTO IDAS AO CEMITERIO (RITUAL)</p> <p>ACTIVIDADES COM FAMILIA</p> <p>ACTIVIDADES COM FAMILIA</p> <p>NÃO SAIR DE CASA/ ISOLAMENTO</p> <p>ESTAR ISOLADA EM CASA VS. DESEJO DE IR TRABALHAR</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p> <p>HISTÓRIA DE VIDA DO MARIDO</p> <p>INICIO DA DOENÇA DO MARIDO</p> <p>DIAGNÓSTICO DA DOENÇA</p> <p>DIAGNÓSTICO DA DOENÇA – CHOQUE/ DESORIENTAÇÃO</p> <p>CONSPIRAÇÃO DO SILENCIO DOENÇA – LUTA/ SOFRIMENTO</p>
--	--

<p>(...) Fez 6 tratamentos (QT) e depois o médico deu mesmo a entender a frente dele que ele não tinha cura. Que não tinha resultado e que não havia nada a fazer. E depois quando saímos de lá, o meu marido disse “O médico disse que já não havia nada a fazer?”, “Não, T., tas...tas enganado. Ele disse que agora ias parar, para ver, agora descansavas, que era para ver depois o que se ia fazer...”mentira piedosa não é?</p>	<p>TRATAMENTOS DA DOENÇA DIAGNÓSTICO DE INCURABILIDADE CONSPIRAÇÃO DO SILENCIO</p>
<p>(...) Mas nunca ouvi o meu marido dizer “Ai este sofrimento, mais valia morrer” ou coisa assim. Não, não e eu acho que o meu marido não pensava morrer.</p>	<p>CARACTERISTICAS / PENSAMENTO DO MARIDO EM RELAÇÃO A MORTE</p>
<p>(...) Dizia era muitas vezes à filha “O pai vai-se embora, o pai vai-se embora” e a minha filha dizia “Vais, vais, vê lá é se ganhas força nessas pernas que é para ires trabalhar.” Ele já estava reformado aos anos e a minha filha dizia-lhe isto montes de vezes e ele ficava a olhar para ela como quem “Esta deve ser maluca...”</p>	<p>RELAÇÃO FAMILIAR – CONSPIRAÇÃO DO SILENCIO</p>
<p>(...) mas a gente não lhe podia dizer nada (suspira).</p>	<p>RELAÇÃO FAMILIAR – CONSPIRAÇÃO DO SILENCIO</p>
<p>Não há nada a fazer, é viver...até ao dia em que a gente se encontre lá, é assim...</p>	<p>CONFORMISMO/ DESEJO DE REENCONTRO (ESPIRITUAL)</p>
<p>(...) Também foi muito bem tratado no hospital, o meu marido, foi muito bem tratado, graças a Deus. A Dra. Era uma simpatia, era mesmo uma simpatia, a Dra. (...) era muito boa médica, também tinha uma paciência para ele, mas o meu marido foi muito bem tratado no hospital.</p>	<p>BONS CUIDADOS NO HOSPITAL/ EQUIPA</p>
<p>E: Isso conforta-a?</p>	<p>BONS CUIDADOS NO HOSPITAL/ EQUIPA = CONFORTO</p>
<p>N9: Muito. Muito mesmo. Porque a gente quando vê um ente querido nosso a sofrer e que não é bem tratado, custa muito não é?</p>	<p>BONS CUIDADOS NO HOSPITAL/ EQUIPA = CONFORTO</p>
<p>Mas não, o meu marido era bem tratado, graças a Deus era, nem tenho razão de queixa das enfermeiras nem nada, até me deixavam lá estar...as vezes ficava lá até as horas de ter de sair...e elas não me diziam nada. Ao domingo era o dia inteiro, ate a noite, eu e a minha filha e elas nunca nos diziam nada...só quando ele tava arreliado porque ele...isto, ele ficava agoniado, vomitava (QT) e eu também acho que era aquela semana que ele tava lá que não fumava, e também ficava pior. E as vezes corria comigo. Dizia “Vai-te embora, o que é que é tas aqui a fazer? Vai-te embora” (gritar), e eu houve uma ocasião, vim mesmo, “Queres que me vá embora, vou-me embora” e vim-me embora mas de resto acompanhamo-lo sempre, sempre mesmo. Mas não foi mau na doença nem nada. Há aqueles doentes que se revoltam e tratam mal a família, mas o meu marido não, por</p>	<p>ACOMPANHAMENTO AO MARIDO ZANGAS NO INTERNAMENTO</p>
<p></p>	<p>RELAÇÃO DO CASAL: ZANGAS NO INTERNAMENTO ACOMPANHAMENTO AO MARIDO CARACTERISTICAS DO MARIDO – BOM</p>

<p>acaso não... não sr. Foi um doente bom. Daqui a pouco já ta há ano e meio, já viu? É num instante em que vai...mas quanto mais tempo passa, mais saudades deixa...</p> <p>E: Sente isso?</p> <p>N9: É. Sinto. Também na altura em que eles morrem... (respira fundo), na altura em que a pessoa morre, a gente sente aquela falta porque a pessoa desapareceu, mas não sei porque, há sempre, uma ilusão... aquela coisa...não ta cá porque foi a qualquer lado...ele as vezes ia para a filha, e eu ficava cá, claro, e às vezes dizia "Não, está na C..." mas depois a gente vai-se inteirando da realidade e depois quanto mais tempo passa mais saudade deixa. A saudade começa a vir depois...começa a vir mais, mais...depois de eles morrerem um tempo parece que a gente fica com aquela saudade, aquela mágoa, aquela falta que a gente tem. Não temos uma pessoa a mesa, não temos uma pessoa na cama, é... na cama na cama não é cá para outras coisas... é aquela falta daquela companhia. Aquela falta que temos em casa. (...)</p> <p>Eu durante a semana vou mantendo e ao fim-de-semana, ela vem e limpa (sobrinha), porque há coisa que já não consigo... (...)</p> <p>O meu marido tem dois sobrinhos (...) e mais dois sobrinhos do irmão mais velho, mas não se dão, não se dão muito, então as minhas sobrinhas é que mais eram a família dele. Elas é que sofreram com ele, acompanharam na morte, acompanharam na doença, elas é que os acompanharam mais que a família dele.</p> <p>A família dele, por exemplo, as irmãs, chegaram, estiveram lá uma hora e foram-se embora para casa, as irmãs e os cunhados (...) a velar, e depois foram ao funeral. O sobrinho foi lá também 1 h e a sobrinha. A sobrinha esteve lá mais um bocadinho, e foram-se embora. No dia do funeral, o sobrinho, já chegou ao cemitério, já estava o tio a enterrar-se. A sobrinha é que chegou mais cedo. E os meus sobrinhos estiveram toda a noite, toda a tarde, que ele foi para a capela, toda a noite, até ao outro dia as quatro horas da hora do funeral, sempre. Não largaram. Sempre, sempre, portanto era a minha que estava mais com o meu marido do que praticamente a família dele. Portanto eles gostavam muito do tio, muito, muito mesmo. Os meus sobrinhos, que eu tenho muitos, sentiram muito a morte do meu marido, a doença e a morte. E olhe que ele não era nada meigo se lhe tivesse que puxar as orelhas. Que ele se tivesse que lhe puxar as orelhas puxava.</p>	<p>DOENTE</p> <p>ANIVERSÁRIO DA MORTE DO MARIDO</p> <p>SAUDADES CRESCENTES</p> <p>AUSENCIA INICIAL VS. ILUSAO DE NÃO TER MORRIDO</p> <p>HABITOS DO MARIDO</p> <p>TEMPO CONDUZ A REALISMO DA MORTE</p> <p>TEMPO AUMENTA SAUDADES</p> <p>SAUDADES/ SOFRIMENTO COM AUSENCIA</p> <p>DESVALORIZAÇÃO DE NECESSIDADE DO MARIDO POR FUNÇÃO SEXUAL</p> <p>LIMITAÇÕES FISICAS PARA TAREFAS DE CASA</p> <p>APOIO DA FAMILIA DO MARIDO</p> <p>ACOMPANHAMENTO DA FAMILIA NA DOENÇA E MORTE</p> <p>FAMILIA DO MARIDO</p> <p>RITUAIS FUNEBRES E PRESENÇA/AUSENCIA DA FAMILIA (VALORIZAÇÃO)</p> <p>APOIO DA FAMILIA NOS RITUAIS FUNEBRES</p> <p>MARIDO VALORIZADO POR TODA A FAMILIA/ SOFRIMENTO COMPARTILHADO</p> <p>CARACTERISTICAS DO MARIDO</p>
--	---

<p>(...) Gostava que o meu marido fosse vivo, mas não pode ser...foi um balde de água fria quando descobrimos a doença dele, foi mesmo.</p>	<p>LAMENTO PELA MORTE DO MARIDO CHOQUE DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA</p>
<p>(...) Mas como é que a gente pode sofrer tanto??? O pai também morreu com cancro. O meu sogro também teve cancro do esófago. Também sofreu muito coitadinho...</p>	<p>INDIGNAÇÃO COM SOFRIMENTO/ PERDAS ANTERIORES</p>
<p>(...) Eram os dois homens do mar, o meu sogro também era homem do mar. O meu marido trabalhava na L. (empresa), já estava reformado.</p>	<p>HISTÓRIA DE VIDA DO MARIDO</p>
<p>(...) Eu não me achei com capacidade de ir lá ao hospital (...) era para ver se tinha coragem</p>	<p>EVITAMENTO DE IDA AO HOSPITAL</p>
<p>(...) Eu acho que as vezes já nada lhe fazia (tratamentos para dores) (...) sabe como é que eu as vezes percebia que ele tinha dores? Pelas caretas que ele fazia. Perguntava: "Ó T. está-te a doer?", "Não, era uma coisa muito pouquinha". Mas eu via a cara dele, via as caretas que ele fazia. Mas ele não se queixava para não me martirizar, sabe? Era por isso que ele não se queixava. Que Deus nos livre destas doenças... a todos, mas a todos mesmo. Mas cada vez há mais. Até criancinhas...é uma dor de alma.</p>	<p>SOFRIMENTO DO MARIDO - DOR CARACTERISTICAS DO MARIDO/ PROTECÇÃO DA ESPOSA LAMENTO PELA DOENÇA (CANCRO)</p>
<p>E o meu entretenimento é a televisão. Estou aqui todo o dia, vejo televisão. É sentar aqui e aqui estou. As vezes choro e as vezes riu, mas não queria acabar os meus dias aqui, queria ir trabalhar que a gente a trabalhar é diferente, é mais saudável do que tar aqui em casa sem fazer nada (...) eu sou uma pessoa que...gosto de conviver com outras pessoas e no meu trabalho convivo muito.</p>	<p>TELEVISAO (ENTRETENIMENTO) DESEJO DE IR TRABALHAR DESEJO DE IR TRABALHAR/ NECESSIDADE DE CONTACTO SOCIAL</p>
<p>(...) Fui ao Brasil. Porque a minha filha diz assim "Olha mãe, estamos as duas, para onde eu for, é para onde tu vais" porque eu não queria ir, fomos em Outubro, mas eu não queria ir (...) "Não C. não vou, porque a mãe não pode andar, o menino faz anos (neto), o pai faz que faleceu, eu não vou", "Ó mãe, deixa-te de lamúrias porque para onde eu for é para onde tu vais" (...) e marcou as viagens e lá fomos. E lá fui ao Brasil, mas não fui de vontade. Por acaso não fui de vontade (...) Gostei de ir porque conheci uma coisa que não conhecia (...) Tivemos as duas então, 15 dias no Brasil. E este ano já me disse que vamos as duas passear...</p>	<p>PERSONALIDADE (CONVIVER) VIAGEM REALIZADA RECENTEMENTE COM FILHA ANIVERSÁRIO DE MORTE DO MARIDO VS. VIAGEM (RESTRIÇÃO PESSOAL)</p>
<p>(...) mas eu tenho muita pena, pena de não ter o meu marido para ir, tenho muita pena. Uma pessoa tá lá, mas o pensamento está sempre nele. Mas ela dizia-me assim "Olha mãe, o pai vai connosco. O pai vai connosco, pensas que o pai não vai connosco? Não</p>	<p>VIAGEM REALIZADA COM FILHA/ CONTRARIEDADE VS. PRAZER PLANO PARA OUTRA VIAGEM FUTURA</p>
<p>(...) mas eu tenho muita pena, pena de não ter o meu marido para ir, tenho muita pena. Uma pessoa tá lá, mas o pensamento está sempre nele. Mas ela dizia-me assim "Olha mãe, o pai vai connosco. O pai vai connosco, pensas que o pai não vai connosco? Não</p>	<p>FUTURO IMAGINADO FRUSTRADO / LAMENTO PENSAR NO MARIDO MARIDO "ACOMPANHA" FAMILIA</p>

<p>estejas preocupada, pensas que o pai não vai connosco?”, se foi ou não, só Deus sabe. Mas pronto, é assim, nós temos de continuar a viver.</p> <p>Realmente é o que ela diz, a minha filha nem é de lutos, nem nada. A mais velha anda carregada de luto, esta pôs uma camisolinha preta quando o pai faleceu e no funeral. Depois tirou. Vestia cores mais escuras, não cores garridas, um tempo e depois começou a vestir...já me disse “Olha mãe, tu é que sabes, mas se fosse a ti, começava a aliviar o luto porque isso nem é para ti nem é para ninguém. Com certeza que o pai não ia gostar de te ver tão escura.” Mas eu vou às vezes para tirar, não é para tirar, para aliviar, mas ainda não consigo. Ainda não consigo. Já tenho ali blusinhas pretas e brancas para vestir, mas ainda não consigo. Eu sei que isto não leva a lado nenhum. O que leva foi o que lhe fiz, que tratei dele com carinho e amor, que não lhe deixei faltar nada, agora isto já não faz nada. Já não faz nada. É uma maneira de dizer aos outros que nos faltou alguém mas eu acho que é que quando nasci já cá encontrei isto, a minha família é toda de luto...e 18 dias depois dele falecer faleceu-me uma irmã. A minha irmã mais velha. Também faleceu coitadinha, estava acamada há 10 anos (...) o meu marido morreu parece que a chamou, 18 dias depois morreu ela e da mesma maneira.</p> <p>(...)</p> <p>Eram amigos em vida e coitadinhos, foram amigos até na morte...de maneira que foram coisas que doeram muito, muito juntas também...e depois muito perto de uma época que é o Natal...a minha irmã foi a 18 de Novembro, o meu marido a 30 de Outubro, de maneira que já o espírito de Natal sabe? E depois a família ficou toda muito chocada, sabe, praticamente não houve Natal para ninguém porque realmente tínhamos a falta deles e este ano ainda não houve...</p> <p>(...) Este ano (Natal 2012) tudo depende da maneira que me vou sentir.</p> <p>(...) Agora vamos lá ver o que se vai passar comigo, agora estou ralada é comigo...vamos lá ver o que tenho para aqui. Mas eu acho que já me deviam ter visto isto quando eu lá fui. Agora mandou-me esperar 3 meses não sei para que...e depois tenho medo de uma operação porque sou asmática e as operações numa pessoa asmática é preciso muito cuidado. E é por isso que tenho medo, tenho medo por tudo. Ai, e eu ainda faço muita falta as filhas e aos netos...quer dizer, a gente faz falta a nós mesmos... porque quando a gente morre, tudo passa.</p> <p>(...) Eu também sou muito pessimista, sabe?</p>	<p>MARIDO “ACOMPANHA” FAMILIA / CRENÇA CONTINUAÇÃO DA VIDA</p> <p>LUTO DA FAMILIA (PRETO)</p> <p>DIFICULDADE NO ALIVIO DO LUTO</p> <p>VALORIZA CUIDADOS AO MARIDO/ AFECTOS</p> <p>DEDICAÇÃO COMO CUIDADORA DESVALORIZAÇÃO DO LUTO (PRETO)/ VALORIZAÇÃO SOCIAL</p> <p>REF. CULTURA FAMILIAR (LUTO) FALECIMENTO DA IRMA PROXIMA DA DO MARIDO</p> <p>CRENÇA/ FANTASIA: MORTE DA IRMA E MARIDO</p> <p>CRENÇA/ FANTASIA: MORTE DA IRMA E MARIDO</p> <p>SOFRIMENTO DA PERDA ACUMULADA</p> <p>MORTES PROXIMAS DO NATAL</p> <p>SOFRIEMENTO NA FAMILIA NATAL NÃO CELEBRADO/ PERDA ACUMULADA</p> <p>ANTECIPA PROXIMO NATAL</p> <p>MEDO DE GRAVIDADE DE DOENÇA PESSOAL (GARGANTA)</p> <p>PREOCUPAÇÃO COM TEMPO DE ESPERA E TRATAMENTO</p> <p>MEDO DE OPERAÇÃO</p> <p>CUIDADORA DE FILHAS E NETOS DESEJO DE VIVER</p> <p>PESSIMISMO – PERSONALIDADE</p>
---	---

<p>Eu já era, mas depois da doença do meu marido fiquei pior e depois acho que fiquei um bocado apanhada da cabeça, porque só penso em coisas que não devo, porque vou para a cama e não durmo. Depois que o meu marido morreu, não sei o que é uma noite deitar e pensar “Eu vou-me deitar e vou dormir toda a noite”, não. Durmo e acordo, durmo e acordo. (...) mas não tenho aquele sono que eu diga “Vou para a cama e durmo”, as vezes primeiro que pegue no sono é um inferno, outras vezes durmo, mas passado uma hora estou acordada (...)</p> <p>Apanhou-me mesmo muito a minha cabeça, a morte do meu marido, eu penso mais em coisas que não pensava...ficou esta magoa muito grande. Acho que foi tudo pela morte dele. Que eu deitava-me e dormia. Agora não, durmo e acordo e tenho que tomar comprimidos. Ainda na outra noite, três da manhã, tive que tomar um <i>Lexotan</i> para dormir...</p> <p>(...) Ele era o pilar, ele era tudo. O pilar da casa. Até nisto...eu de noite, dá-me muitas <i>cãibras</i>, fortes, agora não, graças a Deus, não me tem dado que ando a tomar magnésio. Mas dava-me muitas <i>cãibras</i> e o meu marido, coitadinho, mal eu dissesse “Ai”, já estava em pé e ele é que me friccionava, ele é que me massajava, faziam-me assim (...) e é estas coisas que me fazem falta, que me fazem muita falta. A mim, como eu fazia a ele.</p> <p>(...) também já tirei daqui (pescoço) um tumor, era mesmo um tumor, há 27 anos (foi antes do meu neto nascer), por isso agora estou assim com receio disto, mas cuido que não seja nada...cuido que não seja nada...</p> <p>OFF RECORD: “Ter outro homem é que não, não queria outro. Tinha o meu, era o meu marido, mas não sinto agora falta de outras coisas. Ele era o meu marido, já tínhamos muitos anos de casados, outro não. Sou eu, a minha filha e já temos os nossos homens (foto dos netos)”</p>	<p>MORTE DO MARIDO AUMENTOU PESSIMISMO</p> <p>PENSAMENTOS NEGATIVOS ALTERAÇÃO DO SONO</p> <p>ALTERAÇÃO DO SONO</p> <p>ALTERAÇÕES DO SONO</p> <p>PENSAMENTOS NEGATIVOS SOFRIMENTO</p> <p>MEDICAÇÃO PARA DORMIR</p> <p>MARIDO COMO PILAR DA FAMILIA</p> <p>CUIDADOS DO MARIDO</p> <p>CUIDADOS MUTUOS DO CASAL</p> <p>DOENÇAS ANTERIORES</p> <p>MEDO DE DOENÇA PESSOAL</p> <p>NÃO DESEJA TER OUTRO MARIDO</p> <p>ANOS DE CASADOS</p> <p>FAMILIA COMO APOIO</p>
---	---

RESUMO DE TEMAS N9:

1. Caracterização/recordação da doença e percurso da doença até à morte
2. Choro, sofrimento, ausência, dor física, magoa, saudades crescentes, solidão, percepção de melhoria actual
3. Acompanhamento na doença, cuidados, desejo de protecção vs. Esforço físico = conforto de ter feito tudo e de manter doente próximo da família vs. Remorsos (cigarros)
4. Recordação de gostos, hábitos, características da juventude e do marido como doente, recordação de história de vida e família
5. Família como apoio, protectora, cuidadora, promotora de actividades, parceira do sofrimento e do percurso da doença e morte
6. Medo de doenças pessoais/ morte, limitações físicas vs. Desejo de voltar ao trabalho (função laboral e social)
7. Equipa de saúde: percepção de compaixão pela família, apoio psicológico, bons cuidados ao marido e conforto no luto
8. Mortes próximas do falecimento (irmã); perdas anteriores (mãe, sogro)
9. Rituais fúnebres: valorização do luto social (negro); importância da presença ou ausência da família no funeral
10. Relembra relação com marido: cuidados e preocupação mútuos, presença (manter presença e continuidade) VS. Comportamentos evitativos
11. Efemeridade da vida/ fatalidade da vida / ilusão de presença vs. Desejo de reencontro espiritual (Recurso de apoio)
12. Características pessoais e personalidade

Obs. Aponta televisão como companhia, habitação em bairro típico lisboeta (contacto com vizinhança), choro, sintoma de tosse (doença do marido), fotografia, mostra quarto com cama de casal