

MARIA TERESA FIALHO DE SOUSA CAMPOS

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE MÃES COM VIVÊNCIA EM PERDA DE  
FILHO(A)**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

VIÇOSA  
MINAS GERAIS - BRASIL  
2018

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade  
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

C198c  
2018  
Campos, Maria Teresa Fialho de Sousa, 1964-  
Comportamento alimentar de mães com vivência em perda  
de filho(a) / Maria Teresa Fialho de Sousa Campos. – Viçosa,  
MG, 2018.  
xiii, 104f. : il. ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Raquel Maria Amaral Araújo.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Alimentação - Mães. 2. Nutrição. 3. Luto.
4. Comportamento alimentar - Aspectos nutricionais.
5. Fenomenologia existencial. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Nutrição e Saúde. Doutorado em Ciência da Nutrição. II. Título.


CDD 22 ed. 613.2


MARIA TERESA FIALHO DE SOUSA CAMPOS


**COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE MÃES COM VIVÊNCIA EM PERDA DE  
FILHO(A)**

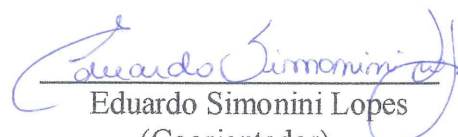
Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

APROVADA: 22 de fevereiro de 2018.

  
Mônica Santos de Souza Melo

  
Eliane Rodrigues de Faria

  
Maria do Carmo Gouveia Peluzio  
(Coorientadora)

  
Eduardo Simonini Lopes  
(Coorientador)

  
Raquel Maria Amaral Araújo  
(Orientadora)

*Aos filhos que despertam em nós o amor mais sublime e verdadeiro, independente do espaço que ocupam, sejam nesta vida ou na outra, dedico esta conquista.*

## AGRADECIMENTOS

Às mães que com suas *vozes* se fizeram ouvidas, desnudando *nuanças* da alimentação materna frente ao luto por elas vivido, mas, que uniram forças para resgatar a sua família do lado sombrio da morte, valorizando os espaços compartilhados à mesa de refeições.

Às Organizações Não Governamentais - ONGs mineiras de apoio e de enfrentamento ao luto parceiras deste estudo, com destaque para a Rede de Apoio a Perdas Irreparáveis (API), as Mães de Anjos e aos Grupos Religiosos de Apoio a Perdas.

À Gláucia Rezende Tavares – Presidente e cofundadora da Rede API – que disponibilizou tempo para nos conceder o apoio neste estudo, especialmente, por me acolher, abrindo as portas com outras ONGs para o acesso as mães.

Ao meu filho amado *Fran* – Francisco Antônio Sousa Campos (*in memoriam*) – razão maior deste estudo que me impulsionou a estudar a morte, despertando-me para a necessidade de aprimorar os conhecimentos da ciência da nutrição na aplicabilidade com enlutados.

Aos outros filhos – Thiago Sousa Campos e Larissa Sousa Campos – e ao meu esposo Cláudio Teixeira Campos, igualmente amados pelo apoio incondicional no meu “mergulho” nesta temática, cujo incentivo me impulsionou a desbravar novos horizontes como nutricionista, docente e pesquisadora.

Aos que chegaram ocupando outros espaços no meu coração – Bento Sousa Campos Vieira (neto) e Mateus Campos Vieira (genro). Bento chegou em 13 de maio de 2017 – “alegria, alegria”, como diria o *Fran* (*in memoriam*).

Aos familiares, principalmente aos meus irmãos – *Guigui* (irmã gêmea) e *Toninho* – e as primas – Ângela Fagundes e a Cybelle Fialho – pelo apoio incondicional em todas as etapas importantes da minha vida.

À Universidade Federal de Viçosa e, em especial, ao Colegiado do Departamento de Nutrição e Saúde, campus Viçosa, Minas Gerais, pela oportunidade de realização desta pesquisa que perpassou à morte, em benefícios da vida.

À professora e amiga Raquel Maria Amaral Araújo, pela orientação ímpar e, especialmente, pela confiança neste estudo que construímos em parceria e respeito mútuo. Obrigada por ter aceitado investir neste sonho, vencendo comigo os tabus da morte e os imprevistos que são próprios de quaisquer pesquisas.

Aos coorientadores, especialmente, aos professores Maria do Carmo Gouveia Peluzio e Eduardo Simonini Lopes pela disponibilidade com que ajudaram a construir e reconstruir as discussões que compõem este estudo.

Às professoras Mônica Santos de Souza Melo e France Maria Gontijo Coelho pelas ponderações feitas e valiosas contribuições que enriqueceram o meu olhar na temática deste estudo. Abençoadas diferenças propiciadas pelos conhecimentos e vivências profissionais que se somam, efetivamente, às nossas.

À Dayane de Castro Morais e ao Luiz Carlos Maia Ladeira que não mediram esforços para compartilhar os seus conhecimentos estatísticos comigo, tornando a etapa das análises estatísticas um momento prazeroso de discussões e de reflexões positivas.

À Maria Suely Ricardo pela ajuda nas burocracias institucionais e esclarecimentos constantes nos aspectos regimentais requeridos pela PPG/UFV – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa.

À Rita de Cássia Stampini Oliveira Lopes pelo companheirismo nesta jornada e prestabilidade quanto aos esclarecimentos frente às exigências do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência da Nutrição.

Aos professores e funcionários do Departamento de Nutrição e Saúde, campus Viçosa, pela convivência que precede a esta jornada, especialmente, Ana Iris Mendes Coelho e Sílvia Eloiza Priore que me incentivaram a cursar o doutorado e a investir nesta empreitada.

Aos doutorandos que conheci e aos ex-alunos de nutrição com os quais eu compartilhei a minha jornada na obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

Aos amigos de longa jornada, com os quais compartilhamos histórias e redesenhamos a vida e que nos momentos de alegria e de tristeza se fizeram mais do que presentes.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

À Maria de Nazaré – Mãe Santíssima que suportou assistir a morte de seu filho Jesus.

## **BIOGRAFIA**

MARIA TERESA FIALHO DE SOUSA CAMPOS, filha de Antônio Fagundes de Sousa e Maria Francisca Thereza Fialho de Sousa, nasceu em 20 de junho de 1964, em Ponte Nova, Minas Gerais.

Graduou-se no curso de Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, em agosto de 1990,

Ingressou na vida acadêmica como docente do Departamento de Nutrição e Saúde (DNS) em outubro de 1992, após ter sido aprovada em concurso público de títulos e provas. Neste período, assumiu as atividades de docência concomitantes à realização do Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos, na área de Novos Produtos, concluído em julho de 1995.

Após 22 anos de dedicação à docência, em março de 2014, ingressou no curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa, concentrando seus estudos na área de Saúde e Nutrição de Grupos Populacionais, submetendo-se a defesa de tese em 22 de fevereiro de 2018.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS E QUADROS</b> .....	vii
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	viii
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	ix
<b>RESUMO</b> .....	x
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>1. INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	1
<b>2. OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....	6
2.1 OBJETIVO GERAL .....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
<b>3. ARTIGOS</b> .....	7
3.1 Artigo 1 (Original): Abordagem alimentar de enlutados: uma proposta de protocolo .....	7
3.2 Artigo 2 (Original): “A mesa que encolheu”: a perspectiva alimentar das mães que perderam filhos .....	26
3.3 Artigo 3 (Original): Implicações do luto materno na ingestão, nas sensações hedônicas da alimentação e no estado nutricional de mães com vivência em perda de filhos .....	42
<b>4. CONCLUSÕES GERAIS</b> .....	64
<b>5. PERSPECTIVAS FUTURAS</b> .....	65
Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética .....	66
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	69
Anexo 3: Escalas de avaliação da dimensão da dor .....	71
Apêndice 1: Caracterização da mãe e dados relativos ao(a) filho(a) falecido(a) e a causa do óbito.....	73
Apêndice 2: Ficha de registro dos dados antropométricos .....	78
Apêndice 3: Categorização das falas do Artigo 2 .....	80
Apêndice 4: Luto e cardiomiopatia de Takotsubo: resposta neuroendócrina e conduta nutricional (artigo produzido a partir da exploração bibliográfica da temática luto, aceito pela Revista da Associação Médica Brasileira).....	88



## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

### 3.1 ARTIGO 1 (Original)

Figura 1. Procedimentos metodológicos para conduzir a abordagem investigativa das práticas alimentares com enlutados .....	11
Figura 2. Abordagem das atitudes alimentares no luto na perspectiva da entrevista alimentar não-diretiva .....	14
Figura 3. Formulário de registro das sensações hedônicas de fome, apetite, saciação, saciedade e de refeição apetitosa .....	19
Figura 4. Indicação de uso do registro alimentar com enlutados .....	21

### 3.2 ARTIGO 3 (Original)

Figura 1. Correlação da dor da perda de um(a) filho(a) e tempo de óbito, em anos, pelas escalas EVN e Comportamental .....	48
--	----

### APÊNDICE 3: Categorização das falas do Artigo 2

Quadro 1. Relatos da sensação de fome e do prazer com o ato de alimentar-se nos meses subsequentes ao falecimento do(a) filho(a) .....	80
Quadro 2. Relatos do peso corporal, antes e após a morte do(a) filho(a).....	82
Quadro 3. Relatos relacionados ao ato de compartilhar as refeições, antes e após o falecimento do(a) filho(a) .....	83
Quadro 4. Depoimentos relativos à cadeira vazia .....	85
Quadro 5. Relatos inerentes ao valor conferido aos alimentos preferidos do(a) filho(a).....	86

### APÊNDICE 4: Luto e cardiomiopatia de Takotsubo: resposta neuroendócrina e conduta nutricional (artigo produzido a partir da exploração bibliográfica da temática luto, aceito pela Revista da Associação Médica Brasileira)

Figura 1. Ventriculografia mostrando a diástole (1) e sístole (2) da cardiomiopatia de Takotsubo. (Ventrículo esquerdo em sístole, com a clássica imagem da síndrome que se assemelha ao pote japonês Tako-tsubo).....	91
Figura 2. Vulnerabilidade à cardiomiopatia de Takotsubo sob a perspectiva do trauma da perda de um ente querido .....	94

## LISTA DE TABELAS

### 3.2 ARTIGO 3 (Original)

Tabela 1. Idade e parâmetros antropométricos de mães com vivência em perda de filho(a)..	49
Tabela 2. Correlação do consumo de carnes, frutas, doces e similares com as escalas de dor e de sensações hedônicas de apetite e de saciação e tempo de óbito .....	51
Tabela 3. Correlação entre as escalas hedônicas de fome, saciação, saciedade, apetite e refeição apetitosa e com as escalas de dor EVN e Comportamental no ato da ingestão alimentar de mães com vivência em perda de filho(a) .....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH – Hormônio Adrenocorticotrófico

API – Apoio a Perdas Irreparáveis

CEP/UFV– Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais

CHR – Hormônio Liberador de Corticotrofina

EC – Escala Comportamental

EVN – Escala Visual Numérica

FAO – Food and Agriculture Organization of the United Nations

GAPER – Grupo de Apoio a Perdas

IC – Intervalo de Confiança

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg – Quilos

Kg/m<sup>2</sup> – Quilos por metros ao quadrado

MA – Mães de Anjos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs - Organizações Não Governamentais

OR – Odds Ratio

PA – Perímetro Abdominal

*P* – Nível de Significância Estatística

QFA – Questionário de Frequência Alimentar

WHO – World Health Organization

R24h – Recordatório de 24 horas

*r* – Valor da Correlação

SPSS – Social Package Statistical Science

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFV – Universidade Federal de Viçosa

% GC – Percentual de Gordura Corporal

## RESUMO

CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2018. **Comportamento alimentar de mães com vivência em perda de filho(a).** Orientadora: Raquel Maria Amaral Araújo. Coorientadores: Maria do Carmo Gouveia Peluzio, Eduardo Simonini Lopes e Andréia Queiroz Ribeiro.

A morte de um(a) filho(a) provoca reações afetivo-emocionais de longa duração que têm implicações no comportamento alimentar e no estado de nutrição dos pais. Com a supressão do convívio com o(a) filho(a) falecido(a), muito há por compreender em atitudes alimentares manifestadas no luto. O presente trabalho teve como objetivo investigar o comportamento alimentar de mães com vivência em perda de filho(a). Trata-se de um estudo transversal, com amostra por conveniência, realizado com mães frequentadoras de Organizações não-governamentais de apoio ao luto do Estado de Minas Gerais. Para atender a abordagem qualitativa e quantitativa deste estudo, foi desenvolvido um protocolo de condutas como um instrumento de acesso específico para conduzir inquéritos alimentares com enlutados. Para análise compreensiva das múltiplas dimensões que o fenômeno do luto materno envolve, a abordagem qualitativa foi ancorada na entrevista alimentar não-diretiva, adotando-se a perspectiva teórico-metodológica da fenomenologia existencial Heideggeriana. Para a abordagem quantitativa foi aplicado um questionário contemplando variáveis antropométricas, clínicas, socioeconômicas, causa do óbito, dor da perda, e caracterização do enlutamento. A ingestão foi documentada por meio de Questionário de Frequência Alimentar – QFA e para identificar tendências alimentares no luto materno, procedeu-se a análise de marcadores do consumo alimentar. Solicitou-se o registro das sensações hedônicas (fome, apetite, saciação, saciedade e refeição apetitosa) em datas críticas de tributo ao(a) filho(a) falecido(a) – de nascimento ou falecimento. O protocolo de condutas desenvolvido foi uma ferramenta que atendeu de forma satisfatória à necessidade de obtenção de informações de qualidade e de minimizar reações emocionais por parte da mãe. Participaram deste estudo 33 mães com idade entre 40 a 61 anos, com predominância de dois anos ou mais de vivência em perda de filho. Por meio da pesquisa foi possível delinear as práticas alimentares de mães com vivência em perda de filho(a) em seu contexto existencial e na sua relação com o alimento. A influência que o luto exerceu na relação de mães com a alimentação foi evidenciada de diversas maneiras, seja na ausência de fome, na alteração do peso e na falta do(a) filho(a) nas refeições, representando os desafios da mãe perante uma “mesa que encolheu” e exigindo das mesmas novas significações frente à alimentação. A condição existencial da mãe em *ser-com* os demais filhos possibilitou reações mais contundentes de enfrentamento ao luto no contexto

da dimensão existencial do espaço do culinário. Os resultados da análise quantitativa também evidenciaram que a condição de ter mais filhos impôs às mães reações proativas frente aos alimentos, mesmo diante do luto recente. Verificou-se que a intensidade da dor da perda se correlacionou, de forma significativa, com ausência da fome, saciação rápida e saciedade prolongada; enquanto, o tempo maior de óbito do(a) filho(a) teve correlação com as escalas de sensação de fome e de menor saciação e saciedade. Os marcadores do consumo alimentar indicaram que o hábito alimentar da mãe tende a se restabelecer com o tempo. Ao se estudar a relação das mães com o alimento diante do luto materno, *o seu modo de ser presente* revelou que esta relação estava permeada por conflitos que implicaram em alterações nas práticas alimentares, levando a riscos nutricionais. O trauma decorrido da morte de um filho exerce fortes influências no sistema de regulação da fome e da saciedade, resultando, de início, na ausência da fome, na saciação rápida e na saciedade prolongada; e posteriormente, na busca por alimentos de resíduos adocicados e na persistência de determinadas restrições alimentares. Essas reações resultam em desgastes físicos com implicações no estado nutricional.

## ABSTRACT

CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2018. **Eating behavior of mothers living with child loss.** Advisor: Raquel Maria Amaral Araújo. Co-advisors: Maria do Carmo Gouveia Peluzio, Eduardo Simonini Lopes and Andréia Queiroz Ribeiro.

The death of a child causes long-lasting affective-emotional reactions that have implications in the eating behavior and nutrition status of the parents. With the suppression of conviviality with the deceased child, there is much to be understood in terms of eating attitudes manifested in mourning. The present study had as objective to investigate the feeding behavior of mothers with living with child loss. This is a cross-sectional study, with convenience sample, performed with mothers attending non-governmental organizations to support mourning in the state of Minas Gerais. To meet the qualitative and quantitative approach of this study, a conduct protocol was developed as a specific access instrument to drive food surveys with mourners. For a comprehensive analysis of the multiple dimensions that the phenomenon of maternal mourning involves, the qualitative approach was anchored in the non-directive food interview, adopting the theoretical-methodological perspective of existential Heideggerian phenomenology. For the quantitative approach, a questionnaire was applied including anthropometric, clinical, socioeconomic variables, cause of death, pain of loss, and characterization of the involvement in mourning. Intake was documented through a Food Frequency Questionnaire - FFA and to identify dietary trends in maternal mourning, the analysis of food consumption markers was carried out. It was requested to register the hedonistic sensations (hunger, appetite, satiation, satiety and appetizing meal) on critical dates of tribute to the deceased child - birth or death date. The protocol of conducts developed was a tool that satisfactorily met the need to obtain quality information and to minimize emotional reactions of the mother. Thirty-three mothers aged between 40 and 61 years, predominantly two years or more living with child loss, participated in this study. Through the research it was possible to delineate the feeding practices of mothers that lost a child in their existential context and in their relationship with food. The influence that mourning exerted in the relationship of mothers with feeding was evidenced in several ways, either in the absence of hunger, in the weight change and the lack of the child in the meals, representing the challenges of the mother before a "Table that shrank" and demanding the same new meanings regarding food. The existential condition of the mother in being-with the other children made possible more forceful reactions of confrontation to mourning in the context of the existential dimension of the space of the culinary. The results of the quantitative analysis also showed that the condition of having more

that the condition of having more children imposed on mothers proactive reactions to food, even in the face of recent mourning. It was found that the intensity of the pain of loss correlated significantly with the absence of hunger, rapid satiation and prolonged satiety; while the longest time of death of the child had a correlation with the scale of hunger sensation and with less satiation and satiety. Food consumption markers indicated that the mother's eating habit tends to reestablish over time. When the relationship of mothers with food to maternal mourning was studied, their way of being present revealed that this relationship was permeated by conflicts that led to changes in eating practices, leading to nutritional risks. The trauma resulting from the death of a child exerts strong influences on the system that regulates hunger and satiety, resulting, in the beginning, from the absence of hunger, rapid satiation and prolonged satiety; and later, in the search for foods of sweet residues and in the persistence of certain food restrictions. These reactions result in physical exhaustion with nutritional status implications.

## 1. INTRODUÇÃO GERAL

O despreparo para lidar com a morte e com a ausência do ente querido pode implicar em reações orgânicas e psicológicas que, em decorrência da capacidade adaptativa do indivíduo ao período de luto, acaba por interferir na condição de alimentação e, conseqüentemente, no estado nutricional<sup>1</sup>.

É difícil separar a alimentação da afetividade, assim, compreende-se que tudo aquilo que se vive e que se sente pode interferir no comportamento alimentar<sup>2</sup>. No que tange à afetividade presente no processo do luto são muitas as implicações na disposição para alimentar-se, na seleção e na preparação culinária e com o compartilhar momentos de refeições<sup>1,3</sup>. Concebendo-se que o luto é a expressão dos vínculos que as pessoas estabelecem umas com as outras<sup>4,5</sup>, constituindo-se em um ritual de expressão de sentimentos mais profundos e íntimos<sup>6</sup>, as reações psicológicas e orgânicas desencadeadas nessa condição podem alcançar, na escala de estresse, índice máximo, tendo implicações no metabolismo, no comportamento alimentar e no estado nutricional<sup>1</sup>.

A vivência do luto está vinculada à qualidade da relação que havia com o ente querido falecido e às circunstâncias que o levaram a morte<sup>7</sup>, dado que a causa do óbito é elencada como um fator agravante deste processo<sup>8</sup>. Quando se confronta com a perda de alguém significativo<sup>9</sup>, o corpo reage, e as primeiras reações afetivas, comportamentais, cognitivas, somáticas e físicas aparecem<sup>10</sup>. Se esta reação for muito intensa, na condição que ultrapasse a capacidade adaptativa do indivíduo, o acontecimento é classificado como estressor traumático<sup>11</sup>; a ruptura do bem-estar constituiria o *distress* ou as formas danosas do estresse<sup>12</sup>. Certos eventos na vida são tão estressantes que caracterizam a situação de trauma (lesão ou dano) psíquico, denominado de transtorno de estresse pós-traumático<sup>13</sup>. Alguns eventos estressores podem ser desencadeados por situações da vida cotidiana e produzir efeitos comparáveis aos gerados pelas vivências em guerras<sup>11</sup>. A morte de entes queridos, ao provocar reações afetivo-emocionais de longa duração<sup>14-16</sup> e exigir uma reestruturação da situação de vida<sup>17</sup>, insere-se na classificação de estresse pós-traumático<sup>1</sup>.

A constância dos sintomas atribuídos ao estresse e ao luto, o elevado nível de estresse e o sentimento de incapacidade de enfrentar o problema e de fazer projetos de vida afeta, ainda, de sobremaneira a função imunológica, predispondo o organismo a outros agravos à saúde<sup>1</sup>, podendo desencadear doenças para as quais a pessoa é geneticamente predisposta ou intensificar enfermidades já existentes<sup>18</sup>. Enlutados recentes apresentam maior necessidade de atendimento clínico, maior número de internações e maior vulnerabilidade a problemas psicossomáticos<sup>14,19</sup>. Após a morte de um ente querido, há um risco maior de manifestação de



doenças e de mortalidade nos primeiros dias, semanas e meses que se sucedem ao fato<sup>18</sup>. Dados que sinalizam a necessidade de maiores investimentos técnico-científicos e de tratamentos mais efetivos, e a nutrição, como ciência aplicada a área da saúde coletiva, deve também contribuir com estes estudos.

Na interpretação de cunho fenomenológico, o luto é vivenciado como *a morte de um modo de relação entre o morto e o enlutado*, decorrente da ruptura da intercorporeidade<sup>20</sup>. Com a supressão do outro, há uma perda de sentido do mundo-da-vida com exigência de nova significação<sup>7</sup>, incluindo, nesta perspectiva, novas significações com o alimento e com o modo de ser existencial nas práticas alimentares. Nos preceitos deste estudo, a consciência da morte faz com que o ser humano repense a sua própria existência e sua forma de estar no mundo<sup>21</sup>.

A necessidade de fundamentação do processo do luto na influência da alimentação e no comportamento alimentar justificou a realização deste estudo. Ademais, proposições de diretrizes para orientar futuras ações na assistência nutricional ao enlutado devem ser precedidas de aprofundamento nos comportamentos alimentares. Dentre todos os tipos de processos de luto, o materno é considerado o mais longo<sup>15, 22,23</sup>, salientando a escolha pelo sujeito mães com vivência em perda de filho(a) na composição da amostra deste estudo que busca respostas para a influência da perda do ente querido no comportamento alimentar. Pensar sobre o luto é pensar sobre a morte, sobre a perda de alguém significativo para o enlutado<sup>9</sup> e *filhos falecidos* são tidos como insubstituíveis para os pais.

As trajetórias típicas do luto materno são de interesse clínico, por requerer uma condição de ajuste mais difícil que o habitual<sup>22,23</sup>. A perda de um filho se revela como um sofrimento intenso e complexo, diferindo-se dos processos de luto por outros tipos de perdas<sup>24</sup>. Investigações mais pontuais e minuciosas são necessárias na condução da entrevista dietética, para que os efeitos do processo da perda e do luto sejam elencados, com ética e rigor, para compor tratamentos mais específicos<sup>1</sup>. É fato que a ingestão e as atitudes alimentares são permeadas por vários fatores<sup>25-27</sup> e desbravar esta temática na vertente do luto de mães é um campo desafiador. Dado que as condutas comportamentais estarão sob a influência da presença ou não de trauma psíquico<sup>1</sup>, do perfil cognitivo para processar as emoções<sup>28</sup>, das particularidades inerentes ao enlutamento, de ideologias diversas e de apoio familiar, social e financeiro<sup>29</sup>, fundamenta-se a importância de se compreender a alimentação pelas atitudes, sentimentos, significados e percepções que se somaram à vivência da perda de um(a) filho(a), com reflexos na ingestão.

Teve-se o interesse nas atitudes alimentares comportamentais estimuladas por situações de agressão de natureza psicogênica<sup>25</sup>, com foco nas implicações alimentares decorrentes do evento estressor “morte de filhos” e na identificação dos estímulos estressores

que podem ser atribuídos à alimentação após a perda do(a) filho(a), visto que as evidências desse processo têm inter-relações no controle hipotalâmico da fome e da saciedade que estimulam outras vias<sup>1</sup>. Buscou-se identificar e esclarecer particularidades da alimentação de mães sob a influência do luto materno, com ênfase no modo de ser existencial<sup>21</sup>. Tendo em vista estas considerações, foi necessário conhecer os aspectos comportamentais da alimentação no luto materno, uma vez que a literatura, ainda, não dispõe desses dados. Assim, o estudo foi mediado pela seguinte indagação: *como mães enlutadas estabelecem relação com o alimento e com a ingestão alimentar?*

O desenvolvimento desta investigação pode resultar em diferentes abordagens sobre o luto humano nas áreas de conhecimentos envolvendo o consumo de alimentos, a nutrição e o comportamento alimentar, além de outras inserções na saúde, desde a idade tenra a mais avançada, estimulando novas pesquisas que alicerçam a ciência da nutrição com a tanatologia e a biotanatologia. Acredita-se que tais conhecimentos contribuirão sobremaneira, para ampliar as possibilidades de oferecer uma atenção à saúde mais completa aos enlutados.

## Referências

1. Campos MTFS. A influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. *Cien. Saúde Colet.* 2013; 18 (9): 2761-71.
2. Kachani AT, Kotait MS. Nutrição em psiquiatria. São Paulo: *Nestlé Bio Nutr.* Saúde 2011; ano 5, (14): 24-8.
3. Campos MTFS, Coelho AIM. A culinária que simboliza a memória viva do ente querido e estratégias úteis. In: Campos MTFS, Coelho AIM. *Alimentação saudável na terceira idade: estratégias úteis.* 3ª ed. atual. ampl. Viçosa, MG: Editora UFV; 2013. p. 43-52.
4. Bromberg MHPF. *Psicoterapia em situações de perda e luto.* Campinas, SP: Editora Psy; 1998.
5. Viola TW, Schiavon BK, Renner AM, Grassi-Oliveira R. Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Rev. Psiquiatr.* 2011; 33 (1): 55-62.
6. Caruso LA. *A separação dos amantes: uma fenomenologia da morte.* São Paulo: Diadorim Cortez; 1981.
7. Freitas JL, Michel LHF. A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicol. Estud.* 2014; 19(2): 273-83.
8. Moura CM. *Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morrer.* 2006. 188f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2006.
9. Azevedo AKS, Pereira MA. O luto na clínica psicológica: um olhar fenomenológico. *Clínica & Cultura* [online] Jul-Dez 2013 [20 Dez 2017], 2(2): 54-67. Disponível em:

<https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/viewFile/1546/1695>

10. Worden J. *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artes médicas; 1998.
11. Sparrenberger F, Santos I, Lima RC. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Rev. Saúde Públ.* 2003; 37 (4): 434-39.
12. Farné M. *O estresse: às vezes é positivo, às vezes é negativo, mas pode ser transformado em um aliado*. [Tradução: Mário José Zambiasi]. São Paulo: Paulinas, Edição Loyola; 2003. Título original: *Lo stress*.
13. Oliveira SM. O traumático na psicanálise e psiquiatria: implicações ético-políticas. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2015; 25(1): 19-39.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100003>
14. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet.* 2007; 370 (9603): 1960-73.
15. Almeida EJ, Garcia-Santos S, Haas EI. Padrões especiais de luto em mães que perderam filhos por morte súbita. *Rev Psicol.* 2011; 3(2): 607-16.
16. Hussin NAM. *Parental grief after traumatic death: a qualitative study in Malaysia*. 2016. Thesis (Doctorate in Philosophy) – Universiti Sains Malaysia, 2016.
17. Santos EM, Sales CA. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20 (Esp.): 214-22.
18. Mostofsky E, Maclure M, Sherwood JB, Tofler GH, Muller JE, Mittleman MA. Risk of Acute Myocardial Infarction after Death of a Significant Person in One's Life: The Determinants of MI Onset Study. *Circulation* 2012; 125(3): 491-96.
19. Silva ACO, Nardi AE. Luto pela morte de um filho: utilização de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental. *Rev. Psiquiatr.* 2010; 32 (3): 113-16.
20. Freitas J. L. Luto e fenomenologia: Uma proposta compreensiva. *Rev. Abordagem Gestalt.* 2013; 19(1): 97-105. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a13.pdf>
21. Heidegger M. *Ser e tempo - Partes I e II*. 15ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005. (originalmente publicado em 1927).
22. Pimenta SO. *A morte de um filho para uma mãe: luto, melancolia e identificação*. 2014. 122f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.
23. Gonçalves JTT. *Luto parental em situações de morte inesperada: reações à perda, estratégias de coping e percepção de qualidade de vida*. 2014. 74f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, 2014.

24. Alarcão ACJ, Carvalho MDB, Pelloso SM. A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. *Rev. Latinoam. Enfermagem* 2008; 16(3):1-7.
25. Douglas NA. Fisiologia do sistema neural de controle visceral. In: Douglas CR. *Tratado de fisiologia aplicada à nutrição*. Robe Editorial; 2002. cap.16, p.277-85.
26. Feuz AS, Assis MAA, Passos, MMCF. Métodos de inquéritos alimentares com abordagens do comportamento alimentar. In: Fisberg RM, Slater, B, Marchioni DML, Martini LA. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos*. Barueri: Manole; 2005. cap.2. p.32-70.
27. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev. Nutr.*, Campinas 2008; 2(6): 739-48.
28. Chesney SA, Gordon NS. Profiles of emotion regulation: understanding regulatory patterns and the implications for posttraumatic stress. *Cogn Emot* 2017; 31(3): 598-606.
29. Luna IJ. *Histórias de perdas: uma proposta de (re) leitura da experiência de luto*. 2014. 289f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2014.

## **2. OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Investigar o comportamento alimentar de mães com vivência em perda de filho(a).

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Desenvolver um protocolo de condutas de abordagem alimentar para pessoas em situações de luto (ARTIGO 1);

Descrever a relação das mães que vivenciaram experiências de luto por filho com a alimentação, buscando oportunizar reflexões teóricas acerca das atitudes alimentares maternas no luto (ARTIGO 2);

Avaliar a relação da dor da perda de um filho e do tempo de óbito com variáveis nutricionais e alimentares de mães com vivência em perda de filho(a) (ARTIGO 3);

Avaliar a influência das datas de nascimento e de falecimento do(a) filho(a) na prática alimentar e nas sensações hedônicas da alimentação (ARTIGO 3).

### **3. ARTIGOS**

#### **3.1. Artigo 1 (Original): Abordagem alimentar de enlutados: uma proposta de protocolo**

Feeding approach of mourners: a protocol proposal

Maria Teresa Fialho de Sousa Campos; Maria do Carmo Gouveia Peluzio; Raquel Maria Amaral Araújo.

Artigo com indicação de aceite na Revista de Nutrição.

#### **Resumo**

A demanda por instrumentos metodológicos mais apropriados para a investigação alimentar de enlutados foi o empreendimento deste artigo. O objetivo deste artigo foi discutir os cuidados inerentes aos procedimentos metodológicos para a investigação alimentar em situações de luto, propondo o uso de um protocolo de condutas. Apresenta-se o protocolo para a investigação alimentar em situações de luto, desenvolvido com base na revisão crítica da literatura e na vivência com inquéritos alimentares aplicados a enlutados. O protocolo de conduta é dividido em três momentos correspondentes aos encontros e discutem-se as etapas de abordagens nestes atendimentos. Busca-se problematizar essa investigação, delineando as fases de enfrentamento do luto que comportam maior adesão, por parte desses indivíduos, aos inquéritos alimentares. O protocolo de condutas para conduzir a investigação alimentar de enlutados fornece informações que permitem ao profissional avaliar a influência do luto na alimentação, bem como favorece a maior aderência desses indivíduos ao inquérito.

Palavras-chave: Luto, Abordagem Alimentar, Protocolo.

#### **Abstract**

The demand for more appropriate methodological instruments for research concerning nutrition of bereaved individuals was the initiative of this article. The objective of this article was to discuss the care inherent to the methodological procedures regarding nutrition research in bereavement situations, proposing the use of a conduct protocol. The protocol presented for food research in mourning situations is based on the critical review of the literature and the experience with food surveys applied to the bereaved. The protocol of conduct is divided into three moments corresponding to the meetings and the steps of approaches are discussed. This

research seeks to problematize this investigation, outlining the phases of dealing with mourning that involve greater adherence, by these individuals, to food surveys. The conduct protocol guiding the investigation of food practices of bereaved individuals provides information that allows the professional to evaluate the influence of bereavement on food in addition to allowing a greater adherence of these individuals to the survey.

Key words: Mourning, Food Approach, Protocols.

## **Introdução**

A abordagem alimentar de indivíduos exige habilidade do interrogador para que as informações sobre o consumo e o comportamento alimentar retratem de forma mais fidedigna possível o real. Muito do que se fará numa intervenção ou mesmo na pesquisa científica depende da abordagem realizada [1,2] nesse momento. O entrevistador depende da predisposição do seu interlocutor ou de estratégias para motivá-lo, orientadas para a promoção das condições de empatia [3] e de confiança favorecedoras de um discurso denso por parte do entrevistado [4]. Estas condições se tornam mais desafiadoras nas situações em que o interlocutor está sob elevado estresse emocional, como em casos de enlutamento.

Diante da perda de ente querido e da supressão do convívio com este, as pessoas podem ser afetadas em seu *modo de ser* [5,6]. A morte de um ente querido, a depender do vínculo afetivo estabelecido, do perfil de regulação emocional e do mecanismo individual de enfrentamento, desencadeia uma série de reações no campo da emoção e da razão [7]. Tal situação resulta em mudanças no humor e no padrão comportamental, afetando a relação de enlutados com o alimento e, conseqüentemente, alterando o consumo alimentar [7]. Nessas condições, a condução dos inquéritos alimentares já impõe outros desafios, além daqueles que são inerentes aos métodos e às técnicas de investigação [2,8-10].

A alimentação humana, por envolver aspectos psicológicos, fisiológicos, endócrinos, socioculturais e comportamentais torna-se um fenômeno de grande complexidade [11-14], requerendo, para sua investigação, o uso de formulários detalhados e extensos [9], os quais não são aplicáveis aos enlutados. Torna-se necessário disponibilizar um instrumento que integra a vivência do luto às práticas alimentares e que oriente a abordagem para obter informações de qualidade, respeitando a condição afetivo-emocional do enlutado, em função do impacto que o luto acarreta na qualidade de vida e nas condições nutricionais.

Dentre os desafios teóricos e técnicos inseridos numa decisão de eleger métodos e formulários de investigação alimentar que sejam mais aplicáveis aos enlutados, incidem, também, os conhecimentos aprofundados sobre as diferentes modalidades de abordagens [15-

18]. O investimento em instrumentos de coleta que contextualizem o luto na alimentação, mediante protocolos adequados, deve possibilitar informações de qualidade centrada na percepção do enlutado, em virtude de abranger sentimentos, concepções e intenções que mais imperam no ato da ingestão. A literatura tem apresentado crescente produção científica relacionada ao luto [19], apontando preocupação com a condição de vida e saúde dessas pessoas. No âmbito da nutrição, demanda-se uma atenção especializada no luto, mediante o aprofundamento na temática, com abordagens e análises apropriadas e embasadas na perspectiva das narrativas e da fenomenologia. Assim, o objetivo deste artigo foi abordar os cuidados inerentes aos procedimentos metodológicos que se aplicam às práticas alimentares sob a influência do luto, propondo um protocolo de condutas de abordagem alimentar que possa atender tanto a pesquisa quanto ao atendimento profissional.

## **Métodos**

A proposta do protocolo de inquérito alimentar para enlutados foi construída a partir de revisão crítica, com base em literatura específica e de vivências da pesquisadora nesta temática, trabalhando com grupos frequentadores de Organizações Não-Governamentais de Apoio ao Luto e na pesquisa do comportamento alimentar de mães enlutadas (CAAE 45311215.0.0000.5153).

Realizou-se uma busca por artigos científicos que tratassem dos temas “Atitudes Alimentares”; “Comportamento Alimentar”; “Inquéritos Alimentares”; “Luto” e “Estresse Traumático”. Para o acesso a este acervo buscou-se, no portal de periódicos da CAPES e nas bases de dados Science Direct e SciELO, os seguintes descritores: “feeding behavior”; “food practices”; “food surveys”; “death” e “stress”; “mourning”; “bereavement”; “grief”; “traumatic event”; “stress traumatic”. Publicações que não se enquadravam na temática de interesse foram excluídas do referencial teórico. Livros de nutrição que abordam procedimentos metodológicos validados para estudos do consumo e do comportamento alimentar também compuseram o acervo desta revisão. Da mesma forma, consultaram-se literaturas referentes à metodologia da pesquisa qualitativa, uma vez que orienta e instrumentaliza o investigador para a abordagem de aspectos subjetivos do comportamento humano.

O percurso adotado para construção do instrumento baseou-se nas informações obtidas na literatura sobre a vulnerabilidade emocional de enlutados, incluindo, a condição de transtorno de estresse pós-traumático e de estado de melancolia e, ou, de angústia pela morte do ente querido, estágios de reações ao luto e o padrão de personalidade, que compuseram os pressupostos teóricos para fundamentar as escolhas dos métodos e embasar o protocolo. A



partir das opções de inquéritos dietéticos [2,8,20] e comportamentais da alimentação [9,14,21] foram definidos procedimentos metodológicos e de abordagens que atenderiam ao inquérito alimentar com enlutados. A modelação e lapidação deste protocolo resultaram de pré-testes com inquéritos alimentares aplicados a enlutados e de observações apontadas por este grupo de indivíduos aos pesquisadores.

## **Resultados e Discussão**

Apresenta-se o protocolo de condutas de abordagem alimentar (Figura 1) que é dividido em três momentos correspondentes aos encontros, e discutem-se as etapas de abordagens, buscando problematizar as decisões que fundamentaram esta proposta. A partir das opções de inquéritos dietéticos [2,8,20] e comportamentais da alimentação [9,14,21] foram definidos procedimentos metodológicos e de abordagens que atenderiam ao inquérito alimentar com enlutados.

A proposição deste protocolo se fundamenta na obtenção de informações essenciais e intrínsecas ao luto (caracterização do óbito, do enlutamento e da dimensão da dor da perda), agregando-as aos inquéritos alimentares balizados pelas entrevistas. A dificuldade em lidar com a morte de um ente querido favorece a vulnerabilidade ao *distress* [7], por isto, é que se propôs um protocolo mais sucinto de coleta alimentar. Cada indivíduo é único no processo cognitivo para processar emoções e sentimentos, o qual se denomina: *perfil de regulação emocional* [22]. Concebendo que esse perfil de regulação emocional interfere na capacidade individual de enfrentamento ao estresse [23,24], há discrepâncias e diferenças no lidar com a morte do ente querido e nas reações aos questionamentos.

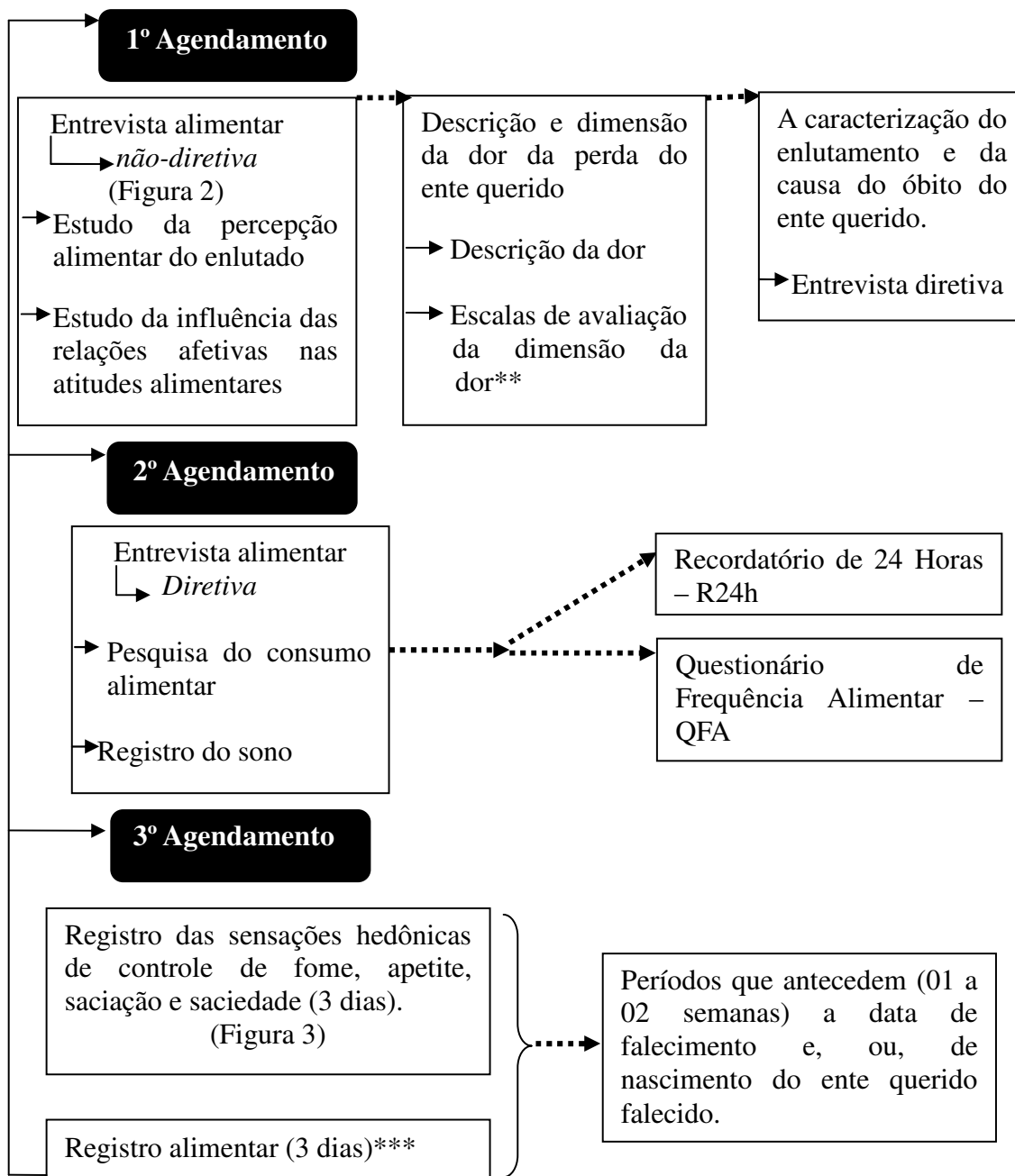


Figura 1 – Procedimentos metodológicos para conduzir a abordagem investigativa das práticas alimentares com enlutados\*

\* Observando criteriosamente a figura 1, tem-se a indicação esquematizada, em setas, para a aplicação dos formulários que compõem as figuras 2 e 3 e demais métodos (R24h, QFA, Escalas de Sensações Hedônicas, Registro Alimentar). As setas pontilhadas significam uma sequência preferencial de abordagens das informações e as setas contínuas destacam o foco da abordagem. Toda a proposta se baseia nos cuidados prévios com a preservação emocional do enlutado. Inferências às palavras *morte* e *luto* já desencadeiam reações afetivo-emocionais no enlutado, assim, o princípio da logicidade avigora, prioritariamente, os cuidados instituídos na

abordagem do luto, respeitando ainda os limites que podem vir a ser estabelecidos pelo próprio enlutado.

\*\*Escalas unidimensionais de mensuração da dimensão da dor. Para situações de luto indica-se a combinação de duas escalas – sugere-se a Escala Visual Numérica (EVN) e Escala Comportamental (EC). A EVN consiste em quantificar a intensidade da dor através de uma classificação numérica que varia de zero (ausência de dor ou sem dor) a dez pontos (dor máxima; de intensidade insuportável), e comparativamente as demais apresenta praticidade. A EC tem o diferencial por basear-se na avaliação de atividades ocupacionais e de cuidados em função da lembrança da dor. A EVN quantifica a intensidade da dor e a EC evidencia se a dor compromete as ocupações e os cuidados com a alimentação, a higiene e a saúde. O resultado da intensidade da dor associado ao da EC propicia dados contundentes para a análise da influência da dor da perda de um ente querido na ingestão e nas práticas alimentares.

\*\*\*Opcional, a depender da disposição do enlutado e da fase do luto para realizar os registros alimentares.

### **Primeiro agendamento**

Dadas a distinção deste inquérito e as diferenças nos perfis de regulação emocional dos indivíduos, o agendamento da primeira entrevista é uma conduta essencial de *programação de diálogos*. Apesar dessa cautela, pode-se constatar a necessidade de adiamento da primeira abordagem, se o enlutado estiver muito apreensivo com o inquérito, por rememorar circunstâncias da morte do ente querido e expor momentos dolorosos do luto vivido.

O adiar falar na morte do ente querido pode propiciar um tempo ao enlutado para se identificar com o entrevistador, que, ao sentir-se amparado, sem que ele(a) mesmo perceba, começa a narrar, espontaneamente, o seu luto. Cabe ao entrevistador garantir a obtenção das informações de interesse, preservando o *bem-estar* desses indivíduos. Isso exige posturas interpessoais construtivas [3] e equilíbrio emocional para lidar com as reações ou tensões emocionais, que, porventura, possam surgir concomitantes aos relatados.

Com o intuito de amenizar a ocorrência de fortes reações emocionais e de se evitarem as interferências derivadas de questionamentos alimentares estruturados, a abordagem das atitudes alimentares deve ser iniciada pela aplicação da entrevista não-diretiva.

### *Entrevista alimentar não-diretiva gravada em áudio*

Os rumos desta entrevista proporcionam ao enlutado o expressar livremente as suas percepções quanto à alimentação no luto. Por meio dessas narrativas exploram-se as atitudes

alimentares individuais e os comportamentos sedimentados nas relações afetivas (com o falecido e demais componentes familiares), cujas informações auxiliarão na compreensão do como o enlutado se relaciona com o alimento e com as sensações hedônicas e simbólicas da alimentação.

A figura 2 contempla conteúdos norteadores para esta abordagem, sem a pretensão de se constituir em um formulário modelo. Concebendo que conteúdos norteadores devem apenas sugerir a temática [25], os assuntos não mencionados espontaneamente devem ser incluídos no diálogo, com indagações abertas para que o enlutado possa discorrer sobre isso. Explicitando: *conte-me como a família tem reagido no momento das refeições* – a intenção é identificar se as reações individuais à perda do ente querido repercutem na alimentação da família e se a presença de outros entes impôs atitudes alimentares aos enlutados.

O entrevistador deve manter-se na *escuta ativa* sem a interferência da anotação contínua [3], e sem inferir em erros de indução ou manifestar suas opiniões [25], com tendências a completar o sentido das falas. Recomenda-se conduzir um teste de áudio da voz do enlutado para deixá-lo mais a vontade com a gravação, permitindo-lhe ouvir o resultado deste procedimento; momento em que o entrevistador reforça as vantagens do áudio e os princípios éticos para com as informações gravadas. Recorrer à gravação possibilita vantagens, no sentido de respeitar as expressões originais e a presença de expressões paralinguísticas – restringindo-se à captação de reações (pausas ou silêncios) e, ou, de emoções (choro) que se sustentam concomitante às falas.

Considerando que a prática profissional na orientação alimentar não se concretiza num único encontro, a gravação irá beneficiar re-leituras para um melhor entendimento das falas e expressões facilitando a tomada de decisões para intervenções. Partindo-se do princípio que a experiência dos enlutados é bastante relevante para a compreensão do luto no comportamento alimentar e isso requer uma análise intensiva das entrevistas, a gravação em áudio no contexto deste protocolo tem implicações positivas – diferentes perspectivas originam demandas específicas de acolhimento e de condutas. Desse procedimento, tem-se o potencial das falas registradas que oportuniza o profissional aprofundar na trajetória do entendimento da vivência do luto na alimentação.

## Questões norteadoras para a abordagem das atitudes alimentares no luto

**PARTE I** – Conhecimento das atitudes do enlutado frente à alimentação, antes do falecimento do ente querido

Conte-me sobre a sua alimentação, antes do luto (caso não apareça no relato espontâneo, indagar):

Fale-me sobre as sensações, os sentimentos e as emoções vinculados ao ato de alimentar-se. (sensações de sede, de fome, de apetite, de saciação e de saciedade; sentimentos, o que se é capaz de sentir ao comer; emoções, no aspecto de estados afetivos e estados motivacionais).

Fale-me sobre as sensações, os sentimentos e as emoções vivenciados no ambiente de refeições. Relata-me o que, na sua percepção, seria importante eu ter conhecimento.

**PARTE II** – Conhecimento das atitudes do enlutado frente à alimentação, após a morte do ente querido

Fale-me sobre a sua alimentação, após o falecimento do ente querido.

Conte-me sobre suas atitudes frente à alimentação, após o falecimento do ente querido.

↳ (explicar o significado de atitudes)

*Diretivas:* alterações na alimentação; mudanças nas atitudes vinculadas ao ato de alimentar-se; descrição das sensações, sentimentos e emoções vivenciados no ambiente de refeições; ausência do ente querido no momento das refeições impondo alguma dificuldade; identificação de alimentos ou de culinária que simbolizam a memória do falecido(a); identificação de alterações do início do luto para o atual momento.

Conte-me, hoje, das suas atitudes frente à alimentação. Quais observações você poderia me descrever?

Qual a sua opinião sobre a alimentação no luto?

Figura 2 – Abordagem das atitudes alimentares no luto na perspectiva da entrevista alimentar não-diretiva.

O Luto é um processo inevitável de elaboração da perda [26]. Nas falas de enlutados palavras como *tristeza*, *desânimo*, *dor*, comumente, aparecem em contextos diversos, combinadas a advérbios que modificam ou intensificam os seus significados. (...) *Depois da morte do meu filho* [pausa]. *Eu sinto muita dor* [pausa]. *E, muita tristeza... Não sinto fome*. Iniciando pelas palavras em evidência, o sentido se produz a partir desta base estruturante.

Numa análise preliminar, este exemplo sinaliza: o tipo de luto; faz menção ao evento estressor – morte de filho; expõe uma intensidade de dor e de tristeza – com o advérbio *muito*; atribui ressalvas à morte do filho com o uso da palavra *depois*; reforça a ausência de fome com o advérbio de negação *não*; e identifica sinais emocionais pela presença das *pausas*. A narrativa exemplificada associada à presença da pausa (informação não-verbal) contém um conjunto de fatores que podem intermediar relações com a alimentação, evidenciando a necessidade de aprofundamento nessas questões. Salienta-se que a tarefa de interpretação das falas requer conhecimentos das técnicas apropriadas para destacar singularidades e conclusões teóricas importantes [15-16] em associação com os resultados abstraídos dos inquéritos alimentares diretos.

#### *Descrição e dimensão da dor da perda do ente querido*

A dor da perda de entes queridos (auto-referida) pode interferir com as atitudes alimentares. Esta é uma *dor psíquica* que causa impressões físicas pelo desconforto [27], nutrindo a sensação de mal-estar, exaurindo a energia e a vontade de tudo, incluindo, nesta perspectiva, a recusa ao alimento e, ou, o desinteresse pela comida. Em enlutados deve-se investigar se há relato de ausência da fome, mastigação vagarosa, jejuns prolongados e ausência de preocupação com o que se come ou bebe [7] – condições comportamentais que estão fortemente associadas aos relatos de dor intensa e ininterrupta.

A medida da intensidade da dor permite ampliar a percepção da dor da perda no cotidiano alimentar do enlutado. Para tornar a sua intensidade (que é subjetiva) uma medida comparativa, sugere-se a aplicação combinada de escalas unidimensionais de mensuração da dimensão da dor [28] introduzindo-as com um breve enunciado sobre a dor da perda do ente querido. Explicitando: *cada pessoa se expressa em dor de forma diferente. Antes de escolher e marcar uma das alternativas reflita, um pouco, sobre estes questionamentos – a morte do ente querido lhe impôs dor? Como você dimensiona esta dor? Estando consciente de seus pensamentos e ações, dentre as opções para cada escala, marque aquela que mais representa a dimensão da dor, diante do seu luto*. Ponderando a equivalência entre a intensidade dessa variável com a desmotivação do enlutado para alimentar-se ou com a manifestação da compulsão alimentar, busca-se o entendimento da interferência da dor da perda do ente querido na alimentação. Apesar da menor ocorrência de casos de compulsão alimentar, o alimento pode ser um refúgio na dor da perda [7], indicando a necessidade desta investigação. Espera-se que em presença de dores de intensidade menor, a alimentação esteja se aproximando em consumo e atitudes do que era antes da morte do ente querido. A aplicação das escalas de dimensão da dor [28] é útil nesta investigação e não ultrapassa o tempo de

cinco minutos, contabilizando o acesso às instruções e a familiarização do enlutado com cada escala.

#### *Caracterização do enlutado*

Contempla a identificação pessoal do enlutado, as condições sócio-econômicas e familiares (apoio familiar e social, recursos para enfrentar a perda) e de saúde (cuidados, presença ou não de patologias, surgimento ou agravamento de enfermidades, doenças auto-referidas e uso de medicamentos), além de outros questionamentos sobre a morte e o luto. Aborda-se o enlutado a respeito da notícia da morte; do vínculo com o falecido; dos dados do falecido; da causa do óbito; da participação no velório e no enterro; da vivência com o luto; e de outras perdas anteriores a esta. Dado ao fato de ser um inquérito diretivo sobre o luto é que se indica na Figura 1 a aplicação desses questionamentos nos trinta minutos que antecedem o término do primeiro agendamento. Pressupõe-se que durante a entrevista não-diretiva o entrevistador teve a chance de estabelecer com o enlutado um elo de confiança e de empatia, condições tidas como facilitadoras para abordar a *morte* e o *luto*.

O tempo de luto é um parâmetro que permite, em associação com outros dados, uma análise do desenrolar do enfrentamento da perda [29]. Tem enlutado que contabiliza os anos, os meses e os dias da morte, de maneira tão precisa, como se ele(a) dissesse: *minha perda é sentida todos os dias*. Apesar do tempo de luto ter relevância para as análises comportamentais, é na representação dos seus significados que se revelam as intenções. As atitudes alimentares são dependentes das condições de assimilação da morte e da perda – *como o enlutado responde a perda e as ausências? Como este processo interfere na alimentação?* Enlutados com mesmo tempo de luto têm atitudes bem diferenciadas. Com base no estilo cognitivo para processar as emoções, cada um vivencia seus mecanismos de enfrentamentos [22,30]. Porém, o vínculo afetivo da perda (filho; conjugue; pais; etc.) e a causa do óbito são condições que se constituem em agravantes na resposta ao padrão adaptativo de comportamento do enlutado, tendo reflexos diretos na alimentação.

#### **Segundo agendamento**

Na segunda abordagem (60 minutos), a meta é estabelecer o padrão de ingestão do enlutado e o tempo de sono.

#### *Pesquisa do consumo alimentar*

A aplicação combinada dos métodos Recordatório de 24 Horas (R24h) com o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) é útil para estimar a ingestão alimentar de

energia e nutrientes, o tamanho e volume das porções, os intervalos entre as refeições e as frequências de consumo de alimentos [2,8, 31] das práticas reconstruídas [14]. Para estabelecer a quantidade de alimentos que o enlutado consome algumas precauções devem ser gerenciadas pelo entrevistador. Servir porções de alimentos não é sinônimo de consumo, mas é um dos atos que auxilia no esclarecimento da relação do enlutado com o alimento, por evidenciar os produtos alimentícios (bebida ou comida) que são aceitos e degustados concomitantes ao processo do luto. É importante indagar sobre as sobras de alimentos no prato [8] pela tendência do enlutado manifestar ausência de fome [7].

Devido ao estresse emocional, o enlutado pode ter limitações para recordar todos os alimentos ingeridos. O entrevistador precisa retornar ao enlutado o que foi relatado para cada alimento em consumo, nas 24 horas anteriores, propiciando-lhe a oportunidade de ajustes nos tipos de alimentos, quantidades e, ou, combinações, sem indução. Durante a aplicação do método R24h é preciso distinguir os alimentos ingeridos daqueles citados por remeter-se à memória do falecido. Enlutados tendem a expressar mais sobre alimentos e culinária que reverenciam o ente querido falecido – um expressar que significa muito, mas não necessariamente condiz com a ingestão. A habilidade técnica do entrevistador é fundamental para distinguir os alimentos que estão sendo realmente ingeridos.

Alguns enlutados tendem a se distanciar do consumo de alimentos que desencadeiam lembranças, significados e sensações diversas; enquanto outros necessitam preservar a sua ingestão como uma das formas de expressar homenagem àquele que partiu. É evidente que as primeiras degustações se confundem com as representações do ente querido, acentuando a saudade e o sentimento da perda; mas é através da ingestão que os atributos sensoriais de cada alimento ou da culinária, novamente, são apreciados unidos às lembranças [32]. Devem-se conhecer os argumentos do enlutado para a aceitação ou rejeição e até exclusão (temporária ou definitiva) desses alimentos.

### *Registro do sono*

A privação do sono ou mesmo a regularidade da insônia são sintomas frequentes perante o estresse causado pela morte do ente querido [7] e essas condições interferem no sistema de controle da fome e da saciação. O encurtamento do sono aumenta a razão grelina/leptina, gerando o aumento do apetite e da fome [33]; porém, enlutados não respondem dessa maneira em atitudes alimentares, prevalece a inapetência [7], o que significa a necessidade de entender as reações alimentares que são fomentadas pelo psiquê.

O tempo de sono precisa ser conhecido. Deve-se indagar sobre o horário do enlutado acomodar-se para dormir, de estar mais sonolento, de despertar pela manhã, a quantidade de



horas de sono, e se está utilizando alguma medicação para dormir – tipos, posologia e horários de ingestão.

### **Terceiro agendamento**

O terceiro agendamento visa à obtenção do registro das sensações hedônicas de controle da fome e da saciedade, como, também, dos registros alimentares.

#### *Registro das sensações hedônicas de controle da fome e da saciedade*

Apesar da existência de instrumentos legitimados para a obtenção desses registros, como o semanário alimentar [9] e escalas analógicas visuais para mensuração da fome e de saciedade [34-36], o preenchimento desses formulários exige a participação de indivíduos motivados e instruídos quanto ao registro das informações solicitadas [9], durante uma semana, ininterrupta.

Tratando-se de enlutados, a opção por instrumentos com menor quantidade de laudas impressas, com boa apresentação e de fácil preenchimento é que poderá favorecer a adesão destes indivíduos ao registro das sensações pré e pós-prandial, desde que sensibilizados para a importância desta atividade. Diante do luto recente é evidente que a motivação para o preenchimento de formulários alimentares não existe. A *anedonia* presente no luto [7] tem implicações desfavoráveis com as atividades extensas e com o preenchimento de formulários alimentares impressos. A solicitação do registro das sensações hedônicas em três dias consecutivos, ao invés de uma semana, deve ser cogitada para enlutados (Figura 1), por favorecer o preenchimento dos formulários e o compromisso de retornar as informações ao entrevistador. Sugere-se o registro em dias consecutivos e não alternados para evitar esquecimentos que poderiam implicar em desistência.

Formulários de registros simplificados, como o da Figura 3, são opções mais indicadas para se efetuar o registro das sensações hedônicas com enlutados.

Após o primeiro ano de luto, preferencialmente, o registro das sensações hedônicas no ato da alimentação deve ser efetuado uma ou duas semanas antes da data (dia e mês) da morte ou de nascimento do ente querido; ou próximo a outras datas de eventos celebrados em família. Estas datas avivam *ausências do ente querido*, podendo repercutir no enlutado alterações do sono, de humor e de comportamentos alimentares. O registro efetuado, em períodos críticos de tributo ao ente querido falecido, tem a pretensão de identificar e entender as sensações alimentares que se estabelecem nesses períodos, que, mesmo com o passar do tempo de falecimento do ente querido, em alguns indivíduos exercem influência.

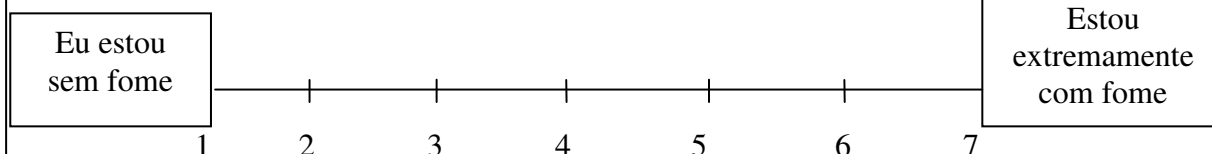
## FORMULÁRIO DA SENSAÇÃO DE FOME, APETITE, SACIAÇÃO, SACIEDADE E DE REFEIÇÃO APETITOSA

Para cada refeição realizada no dia do registro, favor marcar na escala o que melhor reflete a sua sensação.

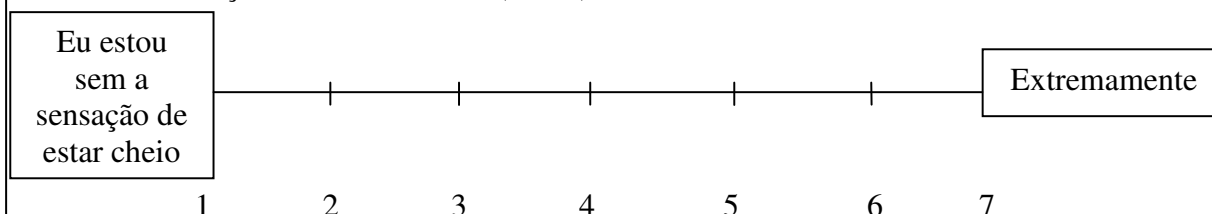
Refeição: \_\_\_\_\_ Horário (início): \_\_\_\_\_ Horário (término): \_\_\_\_\_

Ambiente onde fez a refeição: \_\_\_\_\_

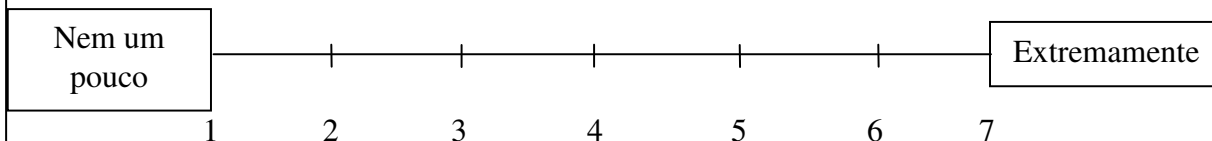
*Você sente fome neste momento?*



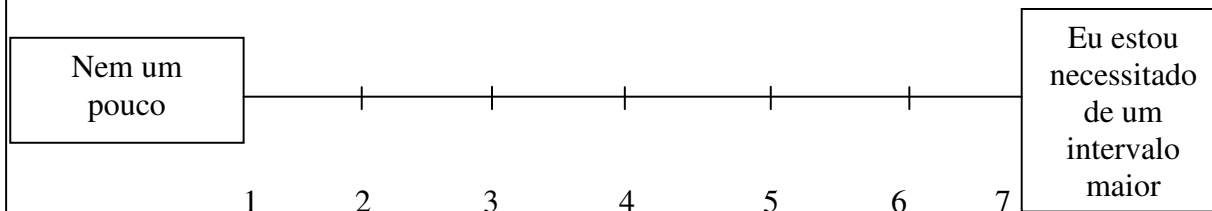
*Você tem a sensação de estar saciado (cheio), mesmo antes de comer?*



*Você sente apetite (vontade de comer algum tipo de alimento em especial), neste momento?*



*Você gostaria de dar um intervalo maior entre a refeição anterior e esta refeição?*



*A que ponto a refeição ou lanche lhe parece apetitosa?*



Figura 3 – Formulário de registro das sensações hedônicas de fome, apetite, saciação, saciedade e de refeição apetitosa\*

\* 1 = extremamente; 2 = moderadamente; 3 = levemente.

4 = sensação de indiferença.

7 = extremamente; 6 = moderadamente; 5 = levemente.

Nota: formulário adaptado de modelos de Escalas Analógicas Visuais (Flint e col.<sup>36</sup>; Feuz e col.<sup>9</sup>).

### *Registro alimentar*

Neste protocolo (Figura 1), o registro alimentar de três dias [2,8] é um método opcional. Todavia, devido ao grau de exigência com suas anotações [8], nem sempre indivíduos enlutados sentem-se dispostos a assumir essa atividade.

O registro alimentar deve ser operacionalizado em dias alternados e abrangendo um dia de fim de semana [2]. Condições que restringem também o seu uso com indivíduos sob elevado estresse emocional, por inferir na possibilidade de esquecimento. Assim, apresentam-se indicadores de aplicabilidade deste instrumento para atender a investigação com enlutados, com base nestas considerações: tempo de luto [29]; estágios de reação a perda do ente querido [37]; distinção da perda; e padrão de personalidade (Figura 4).

Averiguada a possibilidade de aplicação do registro alimentar e havendo a concordância por parte do enlutado, indica-se o uso nos períodos que antecedem (01 a 02 semanas) a data de falecimento ou de nascimento do ente querido falecido, inserindo os questionamentos que sejam apropriados a essa investigação. A finalidade desta etapa, neste protocolo de condutas de abordagem alimentar, é propiciar uma assistência alimentar mais individualizada em períodos críticos de eventos que avivam a saudade e a ausência do ente querido falecido.


CATEGORIA *	INDICAÇÃO PROGRESSIVA PARA O USO DO REGISTRO ALIMENTAR  **		
Tempo de luto	≤ 1 ano	1 + 2 anos	≥ 2 anos
Fase ou Estágios de reação à perda***	<p><b>NEGAÇÃO e ISOLAMENTO</b> (Estágio de choque) Não se indica o registro alimentar.</p> <hr/> <p><b>RAIVA e REVOLTA</b> (Intolerância, culpa e agressividade) Deve-se evitar o registro alimentar.</p>	<p><b>BARGANHA</b> (Tentativa de negociar) Fase favorável para sensibilizar o enlutado com o preenchimento do registro alimentar.</p> <hr/> <p><b>DEPRESSÃO</b> (Fase em que surgem outras perdas, além da morte). Evitar atividades de registro de alimentos.</p>	<p><b>ACEITAÇÃO</b> (Serenidade para lidar com os fatos) Momento em que o enlutado busca se restabelecer. A atividade com o registro alimentar pode ser solicitada, tendo chances de sucesso.</p>
Distinção da Perda	<p><i>Luto de Filhos e Órfãos de Pais</i> O vínculo afetivo favorece o estresse e as reações afetivo-emocionais de média a longa duração. A indicação para o uso do registro dependerá do estado melancólico e do tempo de luto.</p>	<p><i>Cônjuge</i> A depender do vínculo afetivo estabelecido, o enlutado terá dificuldades para reorganizar o seu viver, sem o(a) parceiro(a) de uma vida. Avaliar a possibilidade do uso do registro alimentar.</p>	<p><i>De outros familiares e amigos</i>  As reações de enfrentamento ao luto se fazem mais presentes, apesar do sentimento de perda. Indica-se o uso do registro alimentar.</p>
Personalidade****	<p><i>Depressiva</i> Tendência a se vitimar. Dificuldades para lidar com o sofrimento. A morte do ente querido é sofrível. Não se indica o registro alimentar.</p>	<p><i>Passiva</i> É resignado na dor da perda e no sofrimento.  Avaliar a possibilidade do uso do registro alimentar.</p>	<p><i>Proativa</i> Apesar da perda, o enlutado se impõe a vida. Aumentam-se as chances do enlutado aceitar efetuar o registro alimentar.</p>

Figura 4 – Indicação de uso do registro alimentar com enlutados.

\*as categorias, na primeira coluna da Figura 4, são representadas por quatro variáveis a serem

observadas, e para cada uma dessas variáveis são descritas, na horizontal, as possibilidades de sucesso na aplicação do registro alimentar conforme indica a direção da seta. As condições sinalizadas nos quadros de tonalidade de cor cinza mais clara, e mais próxima da ponta da seta, são circunstâncias mais favoráveis para a instrumentalização do enlutado com o registro alimentar.

\*\*a intensidade de cor, representada na seta e nos quadros, sinaliza diferenças, em chances, na obtenção do registro alimentar. Quanto mais se distancia da cor preta, aumenta-se a possibilidade de sucesso com a atividade de registros alimentares.

\*\*\*fases do luto propostas pela psiquiatra e tanatóloga Kübler-Ross<sup>37</sup> – cabe destacar que a temporariedade de cada fase varia de indivíduo para indivíduo, em razão das singularidades pessoais e do contexto da perda, o que reforça a necessidade da destreza diagnóstica.

\*\*\*\*a personalidade interfere no perfil de regulação emocional<sup>22</sup> – nas personalidades (proativa e passiva) que favorecem o enlutado ressignificar a dor da perda do ente querido e os sentidos da vida, o uso do registro alimentar pode vir a ser aplicado, a depender da instrumentalização com o método e da sensibilização destes para com esta atividade.

### **Considerações finais**

No que tange às limitações do estudo, salienta-se que no uso do protocolo deve-se considerar a necessidade de adaptações conforme os costumes regionais relacionados ao luto e à alimentação. Espera-se que a aplicação do protocolo em maior número de testagens possa ampliar o entendimento dos mecanismos psíquicos do luto que fundamentam mudanças nas atitudes alimentares e, como consequência, novas discussões consolidarão as ferramentas mais apropriadas para se conduzir a investigação alimentar em situação de luto.

Ressalta-se que embora este protocolo contenha diretrizes que guiam o processo de atendimento profissional ou de pesquisas, para ambas as situações são previstas adaptações em função do contexto do atendimento profissional e dos propósitos da pesquisa.

### **Referências**

1. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutr.* [online]. 2005; 18(1): 119-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000100011>.
2. Willett WC. *Nutritional epidemiology*. 3 ed. Oxford, Oxford University Press; 2013.
3. Feldman C, Miranda ML. *Construindo a relação de ajuda*. 14 ed. Belo Horizonte: Crescer; 2004.
4. Ferreira VS. Artes e manhas da entrevista compreensiva. *Saúde Soc.* [Internet].

- 2014 [2017 outubro 30]; 23(3): 979-92. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000300979&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300979&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300020>.
5. Santos EM, Sales CA. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20 (Esp.): 214-22.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500027>
  6. Freitas JL, Michel LHF. A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicol. Estud.* 2014; 19(2): 273-83. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737222324010>
  7. Campos MTFS. A influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. *Cien. Saúde Colet.* 2013; 18(9): 2761-71.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900032>
  8. Fisberg RM, Martini LA, Slater B. Métodos de inquéritos alimentares. In: Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA et al. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas*. Barueri: Manole; 2005. cap.1, p.1-29.
  9. Feuz AS, Assis MAA, Passos MMCF. Métodos de inquéritos alimentares com abordagens do comportamento alimentar. In: Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA et al. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas*. Barueri: Manole; 2005. cap.2, p.32-52.
  10. Rossato SL, Fuchs SC. Handling random errors and biases in methods used for short-term dietary assessment. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(5):845-50.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005154>
  11. Cambraia RPB. Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Rev. Nutr.* 2004; 17(2): 217-25. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000200008>
  12. Douglas CR. Controle da ingestão alimentar. In: Douglas CR, organizador. *Tratado de fisiologia aplicada à nutrição*. São Paulo: Robe Editorial; 2002. p.473-484.
  13. Halpern ZSC, Rodrigues MDB, Costa RF. Determinantes fisiológicos do controle do peso e do apetite. *Rev.Psiq.Clín.* 2004; 31(4): 150-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400002>
  14. Poulain J-P, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Rev. Nutr.* 2003; 16(4): 365-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732003000400001>.
  15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edição revista e ampl. 2ª reimp. São Paulo: Edições 70; 2011.
17. Bevan MT. A method of phenomenological interviewing. *Qual. Health Res.* 2014; 24(1): 136-44. DOI: 10.1177/1049732313519710
18. Lamont M, Swidler A. Methodological Pluralism and the Possibilities and Limits of Interviewing. *Qual. Sociol.* 2014; 37(2): 153-71. DOI: 10.1007/s11133-014-9274-z
19. Freitas JL. Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. *Rev. Abordagem Gestalt.* 2013; 19(1): 97-105.
20. Fisberg RM, Marchioni DML, Colucci ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2009; 53(5): 617-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000500014>
21. Poulain J-P, Proença RPC, Diez-Garcia RW. Diagnóstico das práticas e comportamentos alimentares: aspectos metodológicos. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM (org.). *Nutrição e metabolismo: mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. cap 2, p.149-163.
22. Chesney SA, Gordon NS. Profiles of emotion regulation: Understanding regulatory patterns and the implications for posttraumatic stress. *Cogn Emot* 2017; 31(3): 598-606. DOI: 10.1080/02699931.2015.1126555
23. Bertamoni T, Ebert G, Dornelles VG. Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade. *Aletheia* [Internet]. 2013 [2017 outubro 16]; 42: 92-105. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000300009&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000300009&lng=pt).
24. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003; 85(2): 348-62. DOI: 10.1037/0022-3514.85.2.348
25. Hoffmann MV, Oliveira ICS. Entrevista não diretiva: uma possibilidade de abordagem em grupo. *Rev. Bras. Enferm.* 2009; 62(6): 923-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600021>.
26. Basso LA, Wainer R. Luto e perdas repentinas: contribuições da terapia cognitivo-comportamental. *Rev. Bras. Ter. Cogn.* [Internet]. 2011[2017 abril 22]; 7(1): 35-43. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&tlng=pt).

27. Pimenta SO. *A morte de um filho para uma mãe: luto, melancolia e identificação*. [Dissertação]. Mestrado em Psicologia. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2014.
28. Freitas CC, Vieira PR, Torres GVB, Pereira CRA. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Rev. Dor*, 2009; 10(1): 56-62.
29. Parkes CM. *Luto estudos sobre a perda na vida adulta*. [Tradução Maria Helena Franco Bromberg]. São Paulo: Summus; 1998.
30. Bonanno GA, Burton CL. Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspect. Psychol. Sci.* 2013; 8(6): 591-612. DOI: 10.1177/1745691613504116
31. Moreira SLN, Silva JA, Andrade KC. Instrumentos de inquérito dietético utilizados na avaliação do consumo alimentar em pacientes de uma clínica escola de nutrição: comparação entre dois métodos. *Rev. Bras. Cien. Saúde* 2008; ano VI, (18): 21-6.
32. Campos MTFS, Coelho AIM. A culinária que simboliza a memória viva do ente querido e estratégias úteis. In: Campos MTFS, Coelho AIM. *Alimentação saudável na terceira idade: estratégias úteis*. 3 ed. atual. ampl. Viçosa, MG: Editora UFV; 2013. p. 43-52.
33. Crispim CA, Zalcman I, Dáttilo M, Padilha HG, I; Tufik S, Mello MT. Relação entre sono e obesidade: uma revisão da literatura. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2007; 51(7): 1041-49. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302007000700004>
34. Haber GB, Heaton KW, Murphy D, Burroughs LF. Depletion and disruption of dietary fibre. Effects on satiety, plasma-glucose, and serum-insulin. *Lancet.* 1977; 2 (8040): 679-82.
35. Holt SHA, Miller JB. Increased insulin responses to ingested foods are associated with lessened satiety. *Appetite* 1995; 24(1): 43-54. [http://dx.doi.org/10.1016/S0195-6663\(95\)80005-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0195-6663(95)80005-0)
36. Flint A, Raben A, Blundell JE, Astrup A. Reproducibility, power and validity of visual analogue scales in assessment of appetite sensations in single test meal studies. *Int J Obes* 2000; 24: 38-48.
37. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. [Tradução Paulo Menezes]. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2017.



### **3.2. Artigo 2 (Original): “A mesa que encolheu”: a perspectiva alimentar das mães que perderam filhos**

"The table that shrank": the food perspective of mothers who lost children

Maria Teresa Fialho de Sousa Campos; Maria do Carmo Gouveia Peluzio; Mônica Santos de Souza Melo; Eduardo Simonini Lopes; France Maria Gontijo Coelho; Raquel Maria Amaral Araújo.

Artigo submetido a periódico *Qualis* para a área de Nutrição.

#### **Resumo**

Este artigo descreve a relação de mães enlutadas com a alimentação, com base na fenomenologia existencial, considerando que o espaço familiar alimentar, protagonizado pela matriarca pode ser perturbado com a perda de um filho. Foram realizadas entrevistas com quinze mães frequentadoras de Organizações Não Governamentais de apoio ao luto, com idade entre 40 e 61 anos. Da análise emergiram quatro eixos temáticos que indicam como a mãe enlutada existencialmente se comporta no contexto da alimentação: a ausência de fome e do prazer em se alimentar; o ato de compartilhar refeições versus o luto materno; o confronto com a “cadeira vazia”; reações e sentimentos diante da culinária que simboliza a memória do filho. A influência que o luto exerce na relação das mães com a alimentação foi evidenciada de diversas maneiras, seja na ausência de fome, na alteração do peso e na falta do(a) filho(a) nas interações sociais durante as refeições compartilhadas, representando os desafios da mãe perante uma “mesa que encolheu”, exigindo das mesmas novas significações frente à alimentação. Compreende-se que a relação da enlutada com a alimentação é permeada de conflitos que a expõe a risco de desvios nutricionais e demanda apoio com profissionais sensíveis e esclarecidos sobre essa condição.

Palavras-chave: Morte, Luto, Saúde Materna, Comportamento Alimentar.

#### **Abstract**

This paper describes the relationship of bereaved mothers with food, based on the existential phenomenology considering that the family food space, led by the matriarch can be disturbed due to the loss of a child. Interviews were conducted with fifteen women attending non-governmental grief support groups, aged between 40 and 61 years old. Based on the analysis

of the interviews, four thematic categories emerged pointing out how mothers in grief existentially “behave”: absence of hunger and pleasure in feeding; the action of sharing meals versus maternal mourning; the confrontation with the “empty chair”; and reactions due to the culinary that symbolizes the memory of the child. The influence of grief on the relationship between mothers and food was verified in several ways, either in the lack of hunger, the body weight change or in the absence of the child in the social interactions during shared meals, which represent the challenges of the mother facing the “table that has shrunk”, requiring from the mothers new meanings for feeding. It is understood that the relationship of the bereaved mother with food is surrounded by conflicts that expose the mother to nutritional risks and demand support from professionals who are both sensitive and well informed about this condition.

Key words: Death, Mourning, Maternal Health, Feeding Behavior.

## **Introdução**

O processo do luto, a depender de suas particularidades – tipo, causa do óbito e vínculo afetivo estabelecido – e do mecanismo individual de enfrentamento, desencadeia uma série de reações no organismo que têm implicações na alimentação<sup>1</sup>. O luto é uma vivência que aparece com uma forte exigência de ressignificação do mundo-da-vida, onde o que é perdido pelo enlutado não é apenas um ente querido, mas, também, formas próprias de ser-no-mundo<sup>2</sup>. Apesar de não ser possível generalizar essa vivência<sup>2</sup>, pois cada indivíduo é único em resposta de enfrentamento<sup>3,4</sup>, é possível teorizar tendências de comportamentos em circunstâncias especiais de luto.

O luto parental pela perda de filho é referenciado como de longo prazo, por ser um processo difícil e complexo que abala as formas de existência dos pais<sup>5</sup>. Diante dessa perda, a capacidade adaptativa dos pais ao estresse é insuficiente<sup>6,7</sup>, o que provoca reações afetivo-emocionais depressivas de média a longa duração, com repercussões na ingestão alimentar<sup>1</sup>.

Embora existam estudos na temática que circundam a morte de entes queridos e o luto, a questão alimentar carece de investigação e de conhecimentos. Entender a relação do enlutado com o alimento requer aprofundar os conhecimentos nessa área, com vista a abranger sentimentos, concepções e intenções que mais imperam no ato da ingestão. Pelo fato da morte de filho estar entre as piores perdas<sup>8</sup>, exigindo dos pais uma reestruturação profunda da conjuntura de vida<sup>2,5</sup>, salienta-se a escolha pelo sujeito *mãe*. Esta pesquisa orienta-se pela questão: *como mães enlutadas estabelecem a relação com a alimentação?* Em situação de elevado estresse, como na vivência da morte de um filho, refletir sobre o luto materno a partir

do ponto de vista da alimentação, descrevendo os aspectos que influenciam nas decisões maternas, os quais revelam o modo de ser no mundo da mãe enlutada, possibilita compreender o comportamento alimentar dessas mães. Este conhecimento pode favorecer o direcionamento de ações mais especializadas na assistência alimentar em situação de luto. Assim, o objetivo do estudo foi descrever a relação das mães que vivenciaram experiências de luto por filho com a alimentação, buscando oportunizar reflexões teóricas acerca das atitudes alimentares maternas no luto. Ressalta-se ainda a carência na literatura científica de abordagens relacionadas aos fatores que afetam a alimentação deste grupo.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fenomenológica, ancorada na entrevista não diretiva<sup>9,10</sup>, devido à importância das enunciações verbais geradas com esta abordagem para análise compreensiva das múltiplas dimensões que o fenômeno do luto materno envolve. Dada a singularidade comportamental, emocional e situacional de cada mãe, a abordagem não diretiva permitiu aprofundar a significação do luto materno em associação com as atitudes alimentares, na concepção das mães.

A perspectiva teórico-metodológica adotada se fundamenta na fenomenologia existencial Heideggeriana<sup>11</sup> (detendo-nos aos conceitos existenciais de Dasein "ser-aí": ser-no-mundo; ser-com-outra e ser-para-a-morte) para aproximar dos significados e sentidos pessoais da vivência das mães com o luto materno, compreendendo as suas intenções frente à alimentação e considerando como esse processo é vivido por elas, em seu estar-no-mundo para elas. Neste estudo, o Dasein indica *o modo de ser presente* da mãe na alimentação diante do luto materno, buscando-se problematizar os sentidos que as mães atribuíram a suas experiências vividas com o enlutamento delas, e em como esta vivência se constrói nas práticas alimentares em função do contexto das relações com outros filhos, cônjuge ou outros entes. Desta maneira, as concepções das mães sobre o maternar<sup>12</sup> e a compreensão da relação entre mãe e filho foram observações ponderadas para se articular melhor o contexto em que a vivência do luto materno se insere na alimentação. Igualmente, o conceito de espaço social alimentar<sup>13</sup> na dimensão do espaço do culinário – contemplando, especificamente, o ambiente onde se realizam as operações culinárias e as inter-relações entre os comensais – orientou a análise da relação existencial das enlutadas com a alimentação.

O critério para o recrutamento das participantes foi ter vivenciado a perda de filho e frequentar Organizações Não Governamentais de apoio ao luto, por favorecer chances de captação e adesão ao estudo. A definição da amostra deu-se pela constatação da saturação teórica<sup>14</sup> – critério que interrompeu a captação de novas componentes.

As entrevistas só foram feitas quando autorizadas e indicado o dia e o horário mais adequados, procurando realizá-las nas residências das mães e, especificamente, no ambiente de refeições. Por este ambiente ser o local dos atos, concomitante às narrativas, as mães descreveram, com mais propriedade, suas reações. As mães foram motivadas a falar a partir de questões abertas norteadoras que esclarecessem aspectos da ingestão e das atitudes alimentares após a morte de um filho. Observando as reações, registrando relatos e minimizando constrangimentos, foi possível aprofundar nas questões alimentares. Instruções temáticas que subsidiaram este estudo: alterações na alimentação; mudanças nas atitudes vinculadas ao ato de alimentar-se; descrição das sensações de sede, fome, apetite e saciação; sentimentos e emoções vivenciados no ambiente de refeições; identificação de alimentos que simbolizam a memória do(a) filho(a); ausência do(a) filho(a) no momento das refeições; identificação de alterações das atitudes alimentares do início do luto para o atual momento. A entrevista foi norteadora com a seguinte pergunta: *Como foi para você lidar com a alimentação e a perda do(a) seu(sua) filho(a)?* Concebendo que intervenções em entrevistas não diretas devem apenas sugerir a temática<sup>15</sup>, assuntos não mencionados espontaneamente, foram inseridos conforme explicitado: *fale-me sobre a sua alimentação, após a morte do(a) seu(sua) filho(a); conte-me sobre suas atitudes frente às refeições; fale-me sobre os alimentos ou as preparações preferidas do(a) filho(a) falecido(a) – o que, em sua opinião, seria relevante eu ter o conhecimento.*

As entrevistas foram transcritas de forma a respeitar as expressões das falas originais das mães e expressões não verbais do estado emocional, formatando-se a versão interpretativa que compõe este artigo. Codificaram-se as mães com a letra "M", seguida do número atribuído a cada uma. O percurso da análise compreendeu a apreensão das ideias presentes, releitura das transcrições, agrupamento em unidades de significação de acordo com sua semelhança e interpretação das falas com base nas observações<sup>12,13</sup> e na fenomenologia existencial<sup>11</sup>. Das falas individuais foram selecionados trechos que formam o *corpus* deste artigo e que contemplam as temáticas trazidas pelas mães. Apresentam-se os conteúdos mais mencionados, bem como as palavras que se destacaram em recorrências e nos contextos em que estas apareceram. Isso permitiu obter as semelhanças enunciativas sobre as instruções temáticas das entrevistas, antes e após o luto. O antes e o depois foi uma estratégia de pesquisa posta no diálogo com vistas a realçar percepções de mudanças.

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil, sob protocolo de número 1.236.710/2015/CEPH.

## Resultados

Participaram do estudo quinze mães, com mediana de 48 anos (mínimo 40 anos e máximo 61 anos) e com vivência de perda do(a) filho(a) por tempo mínimo de um ano. A causa de óbito do(a) filho(a) foi por acidente de trânsito (79,9%), doença neurológica grave (6,7%); homicídio (6,7%) e suicídio (6,7%). Dentre as participantes, 73,33% tinham mais filhos.

Os resultados foram organizados em quatro eixos temáticos que indicam como a mãe enlutada existencialmente se comporta no contexto da alimentação. As enunciações revelaram atitudes alimentares delineadas pelo sofrimento materno, bem como elucidaram a forma particular de enfrentamento da alimentação no luto.

### **Eixo Temático 1: Ausência de fome e do prazer em se alimentar**

Todas as depoentes foram unânimes em enfatizar que, nos meses subsequentes ao falecimento, houve uma perda da sensação de fome e do prazer com o ato de alimentar-se.

Perante a ingestão alimentar, em 53,33% dos depoimentos, a sensação de estar com “um nó”; “algo parado”; “um bolo” ou “um novelo de fio enrolado” na garganta foi mencionada como algo que as impedia de querer comer. *A sensação que eu tinha era de um bolo, eu não conseguia engolir. A sensação de aperto na garganta era muita (M2); não sentia vontade de comer. Havia uma sensação na garganta de algo parado (M4); a gente não sente fome. A boca fica ruim e dá um nó na garganta (M7); a gente perde o apetite, perde até o gosto. Você não consegue nem engolir, a garganta trava (M8); a boca fica seca e a garganta fica como se tivesse um novelo de fio enrolado... Entala... O alimento não desce fácil (M9).* Diante dessas circunstâncias, alimentos ofertados na forma líquida foram os de mais fácil aceitação, como mencionado: *eu tinha a informação de beber algo... Mas, comida, eu não conseguia comer (M2); beber é mais fácil. O líquido desce melhor (M13).*

Apesar de se sentirem de alguma forma saciadas ou bloqueadas na garganta, as mães se impuseram a reação, seja aceitando a oferta de alimentos providos por familiares ou por uma decisão própria de se alimentar para resgatar a sua família do lado sombrio da morte. Como explicitado: *não poderia me entregar, o pilar da família está aqui [ela, a mãe]. Eu tinha que sobreviver... Alimentava, mesmo sem sentir fome (M3); deram-me algo para comer. Eu pensava, eu tenho que me alimentar, pois, eu tenho um pequeno [outro filho] para cuidar (M4); por causa dos outros [filhos] eu voltei a comer. Um dos filhos me disse: ele [irmão falecido] foi, mas nós também somos seus filhos (M6); eu fingia estar comendo para os outros filhos. Em alguns momentos, eu precisei fingir (M15).*

Porém, duas mães apresentaram indagações que expressam a dicotomia da morte do

filho *versus* a vida da mãe – *meu filho morreu, por que eu tenho que comer? Eu só pensava: meu filho está morto... Comia qualquer coisa... Eu achava que era egoísmo da minha parte* (M5); *tenho, ainda, muita tristeza, por que eu como e ele não?* [choro]. (M7).

Concomitante à descrição da ausência de fome, emergiram relatos sobre o peso corporal. Independente da não precisão da perda de peso corporal em semanas ou meses, identifica-se a condição física do emagrecimento que, na percepção de 93,33% das mães, foi intensa. Como pôde ser amplamente percebido nas falas: *emagreci muito, em poucos meses* (M1); *eu tive uma perda de peso muito significativa* (M2); *no início, eu perdi muito peso. Depois de um tempo, adquiri peso* (M3); *nunca perdi tanto peso. Fiquei seca por dentro e por fora* (M14). Na menção *emagreci muito* ou *perdi muito* há uma referência à rapidez com que a perda de peso corporal ocorreu. Outras frases se revelam, dando suporte a esta ocorrência: *eu não queria comer* (M3); *quando estou triste, não consigo comer* (M10). As afirmativas de *não querer* ou de *não conseguir* sinalizam que a ingestão alimentar da mãe diminuiu, comparada ao que era antes da morte do filho. Somente uma depoente (M8) relatou que não chegou a perder peso, mas chegou a ter perda óssea dentária e a aumentar o peso depois de transcorridos dois anos do falecimento do filho. *Não alimentava direito, mas não cheguei a perder peso... Depois, eu ganhei peso* (M8). Um aumento expressivo de ganho de peso, depois de certo tempo de luto, também foi pronunciado por outras entrevistadas: *depois, cheguei a adquirir muito peso... Buscava o que faltava na alimentação* (M3); *20 Kg em cinco anos* (M5).

As mães (M4, M5, M6, M13 e M15) ao relatarem a perda ponderal ou o ganho de peso expressaram a consciência de que suas atitudes alimentares resultaram em maus tratos ao seu corpo. Na fala *morte influencia na alimentação, com isso, eu me maltratei* (M5), observa-se a consciência das atitudes alimentares que se manifestaram após a morte do filho, cuja ênfase dada ao *me maltratei* faz referência aos comportamentos que, de início, resultaram na perda ponderal (*cheguei a emagrecer*) e depois, em um ganho de 20 kg. Especificamente para as mães M4, M13 e M15, a tomada dessa consciência procedeu-se pela constatação de suas imagens refletidas diante do espelho, o que gerava descontentamentos e incômodos, incluindo o não reconhecimento de si. *Eu olhava meu rosto e sentia que estava com o rosto fundo, me incomodava olhar no espelho* (M4); *emagreci tanto que não conseguia nem me olhar no espelho* (M13); *quando me vi no espelho, não me via. Aquela não era eu... Mas era eu... Consumida e destruída* (M15). A menção ao *desnutri naquele dia* (M6) constitui-se num marco divisório entre o antes e o depois da morte do filho e indica a dimensão dos efeitos desta perda para essa mãe.

## **Eixo Temático 2: O ato de compartilhar refeições versus o luto materno**

Nas vozes autorizadas das mães, o *ato de comer juntos* fomenta diversas lembranças que reavivam a memória do filho falecido e salientam as intenções que as motivaram a preservar esse convívio.

A presença de outros filhos favoreceu, de forma mais rápida, reações proativas das mães à mesa e ao ato de se alimentar (mesmo que em quantidades menores) para restabelecer o convívio da família nas refeições. *Eu fui me conscientizando que eu tinha uma perda, mas não podia impor neles mais perdas* (M3); *quando você perde uma mãe, você perde a referência. Eu escolhi... Não podia deixar a dor deteriorar a minha família* (M8); *eu precisei pensar neles e menos em mim. Precisei compartilhar o almoço, por eles [outros filhos]. Eu sou a mãe deles* (M15).

As mães de filho único falecido (M5, M11, M13 e M14) tiveram que se dar mais tempo para resgatar a sua presença à mesa de refeição. Para a M5 este foi o período em que *a casa ficou doente e triste* – a casa e as atividades intrínsecas a esta, incluindo o preparo da alimentação e as refeições, tornaram-se o reflexo do seu luto; em suas palavras: *tudo ficava ruim*. Para essas mães o tempo não aliviou o peso de sentar-se à mesa de refeições: *refeições, para mim sozinha, são desafios todos os dias* (M13); *têm dias que tudo parece voltar no tempo... Há dias ruins e dias melhores* (M14).

As mães (sejam aquelas com mais filhos ou não) apontaram seus desafios pessoais ante a sua decisão de permanecer à mesa de refeições: *parece que está faltando presença [choro]* (M1); *prepara-se o alimento, põe na mesa e a pessoa que você ama não está lá [choro]. Eu cheguei a colocar o prato dele na mesa para ele* (M7); *difícil foi tirar o prato, o copo, os talheres dela [filha falecida]* (M9); *sentávamos de cabeça baixa, com lágrimas molhando o prato* (M11); *sempre haverá um a menos* (M12).

A homenagem ao filho que partiu foi também enunciada como motivo de resguardar as refeições compartilhadas: *na refeição, ele gostava de sentar à mesa. Portanto, eu também faço isso por ele. É uma maneira de honrá-lo* (M10).

Nesse enfrentamento, as mães conseguiram perceber que a vivência da perda de um filho agregou mais valorização ao convívio alimentar. *É lógico que isso fica muito mais valorizado depois que a mesa encolheu* (M2); *hoje, eu não consigo comer depressa, para ter mais tempo com as pessoas. A morte me fez querer mais a família por perto nas refeições, sempre que possível* (M8); *hoje, eu valorizo muito mais cada momento com a família. Cada refeição que podemos fazer juntos* (M15).

### **Eixo Temático 3: O confronto com a cadeira vazia**

O costume de manter a mesma disposição dos familiares à mesa de refeição foi evidenciado e favoreceu a referência nos diálogos ao local ocupado pelo(a) filho(a). As mães (M1, M3, M4; M7 a M10; M12 e M13) (60%) ao relatarem a disposição da família à mesa de refeição, fizeram menção à cadeira que antes era ocupada pelo(a) filho(a) que faleceu. A referência a essa cadeira desencadeou, nestas mães, sentimentos e emoções atrelados às falas, onde se identificam tensões emocionais transmitidas por sinais paralinguísticos (pausas; choro). As mães utilizaram palavras como *forte*, *difícil*, *sofrível*, *angustiante* e *dor* para descrever suas sensações à mesa, sendo que estas impressões foram proferidas com o reforço da intensidade (combinadas ao  *muito*, *bem* ou *mais*). Explicitando a fala da M1: *sempre que eu sento aqui, eu me lembro dela* [filha falecida] *ali* [aponta para a cadeira]. [choro]. *Essa sensação é muito forte... Bem forte... Às vezes eu disfarço... Olho para o outro lado* [referindo-se a outra direção]. *Eu tento disfarçar... Esconder a dor* [choro].

A presença e a ausência são uma constante nas falas das mães referente a ocupação desta cadeira, conforme se observa na fala de M4 que remete à presença do filho no agora: *ele gosta de ficar sentado neste cantinho*. Algumas mães relataram não suportar sentar à mesa de refeição, se a cadeira antes ocupada regularmente pelo(a) filho(a) falecido(a) estiver vazia ou se a mesma estiver posicionada à sua frente. A estratégia de se sentar à mesa, ocupando esta cadeira foi utilizada como recurso para não terem que se defrontar visualmente com a cadeira vazia: *eu sento no lugar dele* [choro]. *Eu sentando, não tenho que olhar para aquele lugar* (M7).

### **Eixo Temático 4: A culinária que simboliza a memória do filho**

As mães entrevistadas revelaram grandes dificuldades em lidar com os alimentos ou preparações prediletas do filho (100%). Palavras como *difícil*, *desafio*, *estressante* e *esforço* foram utilizadas para enunciar as reações sentidas frente ao ato de preparar, de degustar ou de ingerir esses alimentos. Algumas falas se destacaram pela relevância com que as mães enunciaram essas dificuldades: *lidar com seus alimentos favoritos foi muito difícil. Gritar com a geladeira e com as escolhas dela* [filha falecida] *foi muito difícil. Lembro-me muito bem que a geladeira estava lotada de alimentos que ela gostava e eu tive de consumir alguma coisa. O degustar esses alimentos foi um desafio* (M2); *eu passei sete anos comprando o biscoito e o iogurte dele* [filho falecido]. *Chegava a perder... Até voltar ao normal* (M6); *é muito estressante lidar com os alimentos preferidos do filho que não está mais aqui. Tem preparações que nós* [se referindo a si mesmo e ao esposo] *evitamos* (M14); *comer esses*



*alimentos foi um desafio, dia após dia... Até que eu venci [pausa] a morte dela [filha falecida] (M15).*

Esta dificuldade é ainda maior para com os alimentos que eram adquiridos ou preparados quase que exclusivamente para o(a) filho(a) falecido(a). *Somente a bebida isotônica [nome comercial do produto], ainda, eu não consigo beber. Ela [filha falecida] gostava muito (M2); era uma torta feita especialmente para esse filho. Depois da morte dele [filho] esta torta não voltou ao lar (M3); eu, ainda, não consigo comer quindim. Ele [filho falecido] era apaixonado por esse doce (M7).*

Com o uso das expressões *aquilo* e *coisa*, a narrativa ganha uma conotação de distanciamento maior. A M5 evitou mencionar, em sua fala, os alimentos tidos como preferidos do filho único falecido, pronunciando *aquilo* ou *coisa*. A explicitação dos alimentos preferidos só ocorreu no momento em que essa mãe salienta o seu convívio com o filho: *era bom o meu quiabo com [nome do filho]. Purê de batata, também, comia o meu, a consistência que eu usava. Não gosto de purê mais.*

Para algumas mães, a preservação da culinária foi encarada como uma forma de reverenciar a memória daquele que partiu: *é... Eu acho que eu sinto assim... Uma forma de fazer homenagem a ela [filha falecida](M1); hoje, é uma forma até de referência a [nome da filha]. Hoje, até de ver, eu me sustento nesta referência (M2); porque eu sinto que é uma homenagem, fica mais gostoso preparar este arroz (M8); pensar em bolo de chocolate é pensar nela [filha falecida]. Hoje, quando eu faço esse bolo, eu tento escutá-la em minhas lembranças (M15).*

Alimentos e culinárias de referência ao filho falecido quando apreciados por outros filhos beneficiou a sua preservação nas refeições em família. *Se a gente parar de fazer alguma coisa que ela [filha falecida] gostava, aí eu vou está prejudicando o outro [filho] também (M1); por causa do pequeno [outro filho] eu não deixei muito ausente esses alimentos (M4); para atender ao pedido de uma filha eu fiz um dos alimentos prediletos dele [filho falecido] (M7); por causa dos outros filhos, eu corto a carne, tempero e faço os bifés, do mesmo jeito que eu fazia antes (M10); independente das minhas reações com a carne, a carne não chegou a ser excluída da alimentação da casa (M12).*

Dentre os depoimentos, duas mães enunciaram a condição de aversão às carnes. Ambas tiveram limitações na ingestão, incluindo reações como presença de náuseas ao sentir o cheiro de carne (M10) ou só de visualizá-la (M12). Um cheiro que, para uma dessas mães (M10), remetia-se ao velório do filho: *o cheiro da carne chegava a me dar náuseas. Era um cheiro ruim. Um cheiro que me lembrava ele [filho] morto no caixão.*

## Discussão

No eixo temático *ausência de fome e do prazer em se alimentar*, as sensações evidenciadas pelas mães sinalizam uma experiência existencial construída na ruptura irreversível da relação física entre mãe e filho. Uma mudança que altera as maneiras de ser-no-mundo<sup>11</sup> dessas mães, partejando nas mesmas um desinteresse pelo mundo externo<sup>2</sup> que, em articulação com a alimentação, repercute no *desinteresse pela comida*. Um tipo de “nó” ou de “bolo” resultante do desânimo, da tristeza, da dor da perda e da impotência para lidar com a finitude humana do filho, dentre outras reações afetivo-emocionais que se convergem na sensação de estar com a garganta “bloqueada”. Dada a essas circunstâncias, o fato das mães preferirem alimentos líquidos sinaliza a necessidade de maior atenção com as preparações alimentares ofertadas aos enlutados nos dias subsequentes ao enterro, principalmente se recusam a comer ou mencionam estar sem fome.

Nas falas das mães (M3, M4, M6 e M15), evidenciaram-se reações voltadas para a necessidade da mãe, em luto, demonstrar alguma postura de aceitação de alimentos diante do seu bloqueio com a fome. Por essas mães assumirem o papel de detentoras do cuidado familiar, há uma orientação intencional para com a sua postura de aceitar o alimento ou de fingir estar comendo. Na perspectiva relacional heideggeriana<sup>11</sup>, o *cuidado* é uma condição constituinte da existência, sendo que o cuidado aqui observado se remete ao modo de preocupação de *fazer pelo outro*<sup>16</sup>, considerando que a condição de *aceitar comer* ou de *fingir estar comendo*, restringiu-se, de início, ao contexto da necessidade de outros – filhos ou família. Em detrimento ao modo de cuidado<sup>16</sup> e ao sentido da obrigação<sup>17</sup> – *eu tinha, eu tenho, eu precisei* – que impôs a elas a necessidade de aceitar a alimentação, as mães expressaram que as suas reações, à época, foram necessárias.

No entanto, um sentimento de *culpa* ao comer foi expresso pelas mães M5 e M7, considerando que o filho falecido não mais se alimentará. Constituindo-se o alimento como fonte de sobrevivência, as indagações apresentadas por estas mães sinalizam conflitos pessoais vividos em direção à continuidade da vida que se encontra em descompasso com a morte do filho. Tais conflitos são sugestivos que M5 e M7 se constituíram em um ser-com<sup>11</sup> o filho morto, enquanto sedimentadas no mundo enlutado, no qual a morte do filho prevalecia a tudo. A adaptação de mães enlutadas à nova realidade alimentar, imposta pelo óbito de filho, perpassa pela autopercepção de estar no mundo-da-vida e de existir-no-mundo enlutado materno – essa nova condição existencial<sup>18</sup> afeta a ingestão. A mãe, recém enlutada, precisa quebrar alguns paradigmas sobre o morrer e o viver, rompendo barreiras compreensivas em suas concepções – já que filhos morrem e a alimentação é essencial à vida. Configura-se que o

estado melancólico das mães que perderam filhos fomenta diversas reações e indagações frente à necessidade das mesmas de terem que se alimentar, produzindo modificações em suas concepções de vida, de morte e no sentido que atribuem à alimentação. Cremasco et al.<sup>19</sup> afirmam que a perda do filho afunda as mães em estado melancólico; nos primeiros tempos, elas não querem sair da cama nem mesmo para comer ou tomar banho. Conforme observado, a morte do filho sobrevém à alimentação por compor a morte com a experiência da maternidade, sendo que o sofrimento, o luto e a inanição são modos de estar com o filho, que, na disposição da angústia<sup>11</sup> é o estar-lançado na morte.

As alterações de peso relatadas pelas mães coincidem com o esperado para essa situação, uma vez que uma perda de peso pode ocorrer em enlutados recentes<sup>1,20,21</sup> e na angústia psicológica<sup>22</sup>. Por outro lado, o grau de ansiedade e persistência do estresse experimentado na perda do ente querido pode desencadear a compulsão alimentar<sup>1</sup>. Falas como *buscava o que faltava na alimentação* enunciam comportamentos de angustiante refúgio no alimento, por consequência à falta do filho. Mediante o reflexo das suas imagens, ou pela constatação das alterações no peso, as mães (M4, M5, M6, M13 e M15) reconheceram o seu modo de existir-no-mundo enlutado. Um reconhecimento que se mostrou naquilo que fizeram no lidar com a própria existência<sup>23</sup>, como procede nesta afirmativa: *me maltratei*.

Com base em Heidegger<sup>11</sup>, o ser humano não existe num estado neutro<sup>23</sup> – diante da realidade da morte e da perda de um ente querido as pessoas podem ser afetadas em seu modo de ser. Assim, entende-se a *ausência de fome e do prazer em se alimentar* nas mães, já que a condição de não querer comer é *um modo de ser* em um mundo enlutado, modificado com a supressão do convívio com o filho.

No eixo temático *o ato de compartilhar refeições versus o luto materno*, o propósito das mães envolveu um lento e contínuo elaborar da dor da perda, do seu sofrimento e das suas emoções, para reassumir a função de ser a mãe dos demais filhos, que, como elas, também sentiam a ausência daquele que se foi. Eram mães que conceberam que o permanecer ensimesmadas, enclausurando-se no luto, poderia implicar em prejuízos maiores. Movidas por suas intenções, as mães expressaram o seu modo de ser mais próprio e pessoal<sup>16</sup>; as escolhas feitas por elas, em momentos de pesar, sustentaram-se nas suas relações com o mundo compartilhado<sup>11</sup>. Nestes propósitos se mostram o *ser-com-outro*<sup>11</sup> – as maneiras como exercitamos o *ser-com-outro* são possibilidades de um modo de ser já constituído no mundo compartilhado<sup>23</sup>. Isso revela que, apesar do sofrimento pessoal, o *maternar*<sup>12</sup> é concebido em significância e se configura em motivação no enfrentamento do luto materno. Outro estudo com pais enlutados, também mostrou que o ter de se dedicar a cuidar de outros filhos pode ser um fator protetor na reação a perda<sup>24</sup>. Já as mães de filho único falecido enunciaram o sentir-

se na condição de ser desfilhadas<sup>25</sup>. Diante da experiência existencial de um mundo<sup>11</sup> com o filho único falecido, verifica-se que estas mães ainda enfrentam desafios diários na prática da alimentação. A morte de um ente querido impõe ao outro a necessidade de reorientar o sistema alimentar pessoal<sup>26</sup> – para as mães enlutadas sem outros filhos essa é uma reestruturação contínua.

As mães que podiam compartilhar refeições com outros filhos manifestaram a valorização do convívio familiar e, conseqüentemente, expressaram enfrentamento ao luto e maior capacidade de resiliência<sup>27</sup>. De acordo com Compas et al<sup>28</sup>, a adaptação das mães à condição de uma doença grave de filho e, ou, de sua morte, é caracterizada por processos individuais e interpessoais entre atores e parceiros de enfrentamentos; essa interdependência indica que o enfrentamento das mães se associa ao papel central em ambos os processos. Estando num mundo compartilhado<sup>11</sup> as mães vivem o ser-com-a-família, fortalece a sua *presença* à mesa de refeição e desenvolve a sua capacidade de resiliência<sup>27</sup>.

Ante a decisão de permanecer à mesa de refeição, as mães expressaram seus temores mais pessoais. Foram mães que conseguiram encontrar na família razão para lidar com a nova realidade alimentar à mesa, ainda que ameaçadas pelo desfecho real da morte de um filho. Dentre as razões que motivaram as mães a reagirem à perda, o sentar à mesa de refeição em companhia dos seus era uma estratégia de ajuste de situação familiar ao enfrentamento do luto, pela relevância das inter-relações entre os comensais, além de ser um encontro alimentar. Este espaço, para além de uma dimensão física, se compõe como uma experiência existencial que se constituiu num cenário onde se desenvolveram atividades alimentares maternas de enfrentamento ao luto, o que revela a importância da dimensão existencial do espaço do culinário<sup>13</sup>, quando do restabelecimento da enlutada à mesa de refeição. Considerando a realidade que se defronta com o falecimento de filhos, esse espaço exigiu das mães o ressignificar a dor da perda para reassumir suas formas de ser-no-mundo<sup>11</sup> e ser-com-outro<sup>11</sup>.

Na percepção das mães, o sentar à mesa de refeição é também uma homenagem ao filho falecido, demonstrando a permanência imagética deste no ambiente alimentar, mesmo depois da sua morte. A morte de filho, em função da ausência do seu corpo, dá à mãe a liberdade de reeditar emocionalmente quaisquer características e atitudes do filho<sup>5</sup>. O que faz com que Franqueira et al<sup>29</sup>, ao estudar o luto materno, relatem que mães demonstram ter um vínculo significativo com seus filhos falecidos, visto que, de alguma maneira, estes filhos continuam sendo pessoas presentes em suas vidas. O existir-no-mundo enlutado significa trilhar um caminho para sobreviver à ausência de um ente amado<sup>30</sup>, encontrando novas formas de ser-no-mundo<sup>11,18</sup>. No modo referencial, esta homenagem é uma forma das mães preservarem o seu vínculo com o filho falecido, pois a relação vivida anteriormente não pode

ser vivida novamente<sup>18</sup>. O ato de compartilhar as refeições assume, ao mesmo tempo, o fortalecimento das relações da mãe com seus entes e a construção imaginária de homenagear o filho falecido.

As mães, ao serem lançadas num mundo enlutado, diante da tomada de consciência da fragilidade do existir, a qual as remete à consciência do ser-para-a-morte<sup>11</sup>, agregaram valor ao seu tempo presente de convivência alimentar com os seus entes. O ser-para-a-morte é a experiência existencial de que a morte e o morrer são iminentes a cada instante. Sendo-para-a-morte<sup>11</sup>, as mães apreenderam o morrer como uma possibilidade cotidiana e se projetaram em convivência nos momentos de refeições compartilhadas.

No eixo temático *o confronto com a cadeira vazia*, os sentidos e os significados das falas nos revelam que, mesmo com o passar dos anos, a *cadeira vazia* continuou sendo um obstáculo enfrentado por mães. Campos<sup>1</sup> retrata em seu artigo que, diante do luto de filhos, a cadeira vazia representa muito, pois é no ato de posicionar-se à mesa que a família se confronta com o vazio da cadeira e com tudo o que ela simboliza enquanto presença e ausência.

Dado que *filho* não é um objeto substituível, entende-se que o processo de desapego do filho falecido é algo bastante complexo<sup>19</sup>. Por isso, independente do tempo de morte, há uma presença da ausência do(a) filho(a) falecido(a) na dimensão existencial do espaço do culinário<sup>13</sup>, que, de uma forma ou de outra, remete à ocupação de uma cadeira singular na mesa de refeição. A *cadeira vazia* é um símbolo que lembra as mães a ausência física do(a) filho(a) falecido(a), mas que marca a sua presença existencial<sup>11</sup>, conferindo às concepções extraídas dessa vivência, lembranças emolduradas de uma família intacta.

No eixo temático *a culinária que simboliza a memória do filho*, percebe-se que na concepção materna, o luto por filho impõe desafios antes não experimentados perante os alimentos que compunham as refeições. Recordações que perpassam por afetos e sabores da comida, aguçando os dissabores que foram instituídos no processo da morte, da perda e do luto. Ao mesmo tempo, as falas das mães são reveladoras do valor conferido às preparações que se tornaram únicas por referenciar o(a) filho(a) falecido(a), sendo um fator que impõe dificuldades ainda maiores às mães neste resgate. Para enunciar a dimensão dos desafios enfrentados com esses alimentos, algumas dessas mães se expressaram de modo metafórico – *gritar com a geladeira e com as escolhas dela foi muito difícil*.

Embora as mães apresentem limitações com um ou outro tipo de alimento, elas estão dispostas a preservar os alimentos ou a culinária que simbolizam a *presença* de seus filhos mortos. A manutenção da culinária para a preservação da memória do(a) filho(a) é uma maneira de fazê-lo(a) presente à mesa de refeição. Para autores como Freitas e Michel<sup>18</sup>, a

menção a essa perpetuação da memória dos filhos surge também como uma tentativa de que o filho não seja esquecido pelos outros. É preciso conceber que essas *referências de memória* significam muito para essas mães. A menção a essas referências foi conjugada à valorização das refeições e das histórias alimentares em família, o que vincula a perpetuação da memória do(a) filho(a) ao convívio alimentar, e conseqüentemente, a *presença* do(a) mesmo(a) à mesa. A condição existencial da mãe em ser-com<sup>11</sup> os demais filhos possibilitou a preservação da culinária que simbolizava a *presença* desses filhos falecidos.

A aversão às carnes define a singularidade do histórico alimentar de mães que choram seus filhos. Para Heidegger<sup>11</sup>, a natureza do cadáver remete a algo que perdeu a vida<sup>16</sup> – o *odor da morte* se converteu à morte do filho, representando o cessar desta vida. A deterioração de um corpo humano sem vida é a revelação da morte do outro, pois a morte se encarna na carne do cadáver<sup>31</sup> e nos lembra que somos *um corpo em carne*.

## Conclusões

A influência que o luto exerce na relação das mães com a alimentação foi evidenciada de diversas maneiras, seja na ausência de fome, na alteração do peso e na falta do(a) filho(a) nas refeições, representando os desafios da mãe perante uma “mesa que encolheu” e exigindo das mesmas novas significações frente à alimentação.

Essas mães sustentaram as mudanças alimentares sucedidas ao luto na relação afetiva com o(a) filho(a) falecido(a) e na representação do materno como uma forma de *ser-no-mundo* e de *ser-com-outro* para restabelecer o convívio alimentar familiar, dentro do mundo compartilhado. Apesar do luto ser uma experiência intransferível, compreender a mãe enlutada a partir do seu *modo de ser* na alimentação após a perda de um filho, possibilita um diferente olhar sobre a alimentação no luto materno.

Na sua condição existencial de “ser-aí”, de *presença*, e de estar-no-mundo-enlutado, compreende-se que a relação da enlutada com a alimentação é permeada por conflitos que a expõem a riscos de desvios nutricionais, o que demanda apoio com profissionais sensíveis e esclarecidos sobre essa condição. Mediante esse entendimento é possível aprimorar a assistência à saúde proporcionada aos enlutados, incorporando esses conhecimentos nos cuidados relativos à alimentação, por conceber que o luto tem influência, de maneira peculiar, no *modo de ser* das pessoas, com reflexos diretos na ingestão alimentar, e conseqüentemente, na saúde.

## Referências

1. Campos MTFS. A influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. *Cien. Saúde Colet.* 2013; 18(9): 2761-71.
2. Freitas JL. Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. *Rev. Abordagem Gestalt.* 2013; 19(1): 97-105.
3. Bonanno GA, Burton CL. Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspect Psychol Sci.* 2013; 8(6): 591-612.
4. Crum AJ, Salovey P, Achor S. Rethinking stress: The role of mindsets in determining the stress response. *J Pers Soc Psychol* 2013; 104(4): 716-33.
5. Pimenta SO. *A morte de um filho para uma mãe: luto, melancolia e identificação* [Dissertação]. Mestrado em Psicologia. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas; 2014.
6. Almeida EJ, Garcia-Santos S, Haas EI. Padrões especiais de luto em mães que perderam filhos por morte súbita. *Rev Psicol.* 2011; 3(2): 607-16.
7. Hussin NAM. *Parental grief after traumatic death: a qualitative study in Malaysia* [Thesis]. Doctorate in Philosophy. Universiti Sains Malaysia; 2016.
8. Alarcão ACJ, Carvalho MDB, Pelloso SM. A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008; 16(3): 1-7.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Edição revista e ampl. 2ª reimp. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Heidegger M. *Ser e tempo - Partes I e II.* 15ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005. (originalmente publicado em 1927).
12. Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
13. Poulain J-P, Proença RPC. *Rev. Nutr.* 2003; 16(3): 245-56.
14. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(2): 389-94.
15. Hoffmann MV, Oliveira ICS. Entrevista não diretiva: uma possibilidade de abordagem em grupo. *Rev. Bras. Enferm.* 2009; 62(6): 923-7.
16. Silva PKS, Melo SF. Experiência materna de perda de um filho com câncer infantil: um estudo fenomenológico. *Rev. Abordagem Gestalt.* [online] 2013; 19(2): 147-56.

17. Neves MHM. Imprimir arcas no enunciado. Ou: a modalização na linguagem. In: Neves MHM. *Texto e gramática*. São Paulo: Contexto; 2006.
18. Freitas JL, Michel LHF. A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicol Estud* 2014; 19(2): 273-83.
19. Cremasco MVF, Schinemann D, Pimenta SO. Mães que Perderam Filhos: uma Leitura Psicanalítica do Filme Rabbit Hole. *Psicol. Ciên. Profissão* 2015; 35(1):54-68.
20. American Cancer Society. *Coping with the loss of a loved one*; 2016. 9p. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002826-pdf.pdf>.
21. Parkes CM. *Luto estudos sobre a perda na vida adulta*. [Tradução Maria Helena Franco Bromberg]. São Paulo: Summus; 1998.
22. Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E., Doocy, S. Maternal psychological distress and perceived impact on child feeding practices in South Kivu, DR Congo. *Food Nutr Bull* 2017; 38(3): 319-37.
23. Roehe MV, Dutra E. Dasein, o entendimento de Heidegger sobre o modo de ser humano. *Av. Psicol. Latinoam.* [online] 2014; 32(1): 105-13.
24. Gonçalves JTT. *Luto parental em situações de morte inesperada: reações à perda, estratégias de coping e percepção de qualidade de vida* [Dissertação]. Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia; 2014.
25. Corso M, Corso DL. Um monstro no ninho. *Rev. Assoc. Psicanal.* 2008; 34: 66-112.
26. Vesnaver E, Keller HH, Sutherland O, Maitland SB, Locher JL. Food behavior change in late-life widowhood: A two-stage process. *Appetite* 2015, 95: 399-407.
27. Cabral AS, Levandowski DC. Resiliência e psicanálise: aspectos teóricos e possibilidades de investigação. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* 2013; 16(1): 42-55.
28. Compas BE, Bemis H, Gerhardt CA, Dunn MJ, Rodriguez EM, Desjardins L et al. Mothers and fathers coping with their children's cancer: Individual and interpersonal processes. *Health Psychol* 2015; 34(8): 783-93.
29. Franqueira AMR, Magalhães AS, Féres-Carneiro T. O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães. *Estud. Psicol.* 2015; 32(3): 487-97.
30. Santos EM, Sales CA. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20 (Esp.): 214-22.
31. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 13(1): 99-104.



### 3.3 Artigo 3 (Original): Implicações do luto materno na ingestão, nas sensações hedônicas da alimentação e no estado nutricional de mães com vivência em perda de filhos

Implications of maternal mourning on food intake, hedonic sensations of feeding and on the nutritional status of mothers living with the loss of children.

Maria Teresa Fialho de Sousa Campos, Maria do Carmo Gouveia Peluzio, Dayane de Castro Morais, Luiz Carlos Maia Ladeira, Andréia Queiroz Ribeiro, Raquel Maria Amaral Araújo.

#### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a relação da dor da perda de um filho e do tempo de óbito com as condições nutricionais e alimentares de mães com vivência em perda de filhos.

**Método:** Foram entrevistadas 33 mães, com idade entre 40 e 61 anos, com no mínimo um ano do falecimento do filho. Utilizou-se um questionário para investigação das variáveis estudadas: antropométricas; clínicas; sócio-econômicas; dimensionamento da dor da perda, causa do óbito e caracterização do enlutamento. A ingestão foi documentada por meio de Questionário de Frequência Alimentar – QFA e para identificar tendências alimentares no luto materno, procedeu-se a análise de marcadores do consumo alimentar. Para avaliar a influência das datas de nascimento e de falecimento do(a) filho(a) no ato da alimentação, solicitou-se o registro das sensações hedônicas de fome, apetite, saciação, saciedade e de refeição apetitosa, por meio de escalas. As análises constaram de comparações de proporções, estimativas de *odds ratio* e correlações entre variáveis numéricas e foram realizadas no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 21.0.

**Resultado:** A perda de peso corporal foi expressiva nos primeiros seis meses de luto; enquanto, o ganho de peso foi proeminente após dois anos de falecimento do filho. No tempo de luto até dois anos, identificou-se maior correlação entre restrições alimentares e a intensidade da dor da perda. A condição de ter mais filhos favoreceu a aceitação dos alimentos, a preservação da culinária de tributo ao filho e a comensalidade nas refeições; enquanto, para as mães de filho único falecido estes desafios ainda se sobrepõem ao tempo da perda. Houve correlação entre a dimensão da dor atual com as sensações hedônicas da alimentação, indicando que a inapetência, a saciação rápida e a saciedade prolongada são, novamente, pronunciadas próximas às datas de tributo ao filho – de nascimento ou de falecimento.

**Conclusão:** Os resultados obtidos revelaram que o comportamento alimentar das mães em

processo de enfrentamento da perda de um filho representa risco nutricional e advertem sobre a possibilidade de ocorrência de restrições alimentares maternas que podem persistir ao tempo de falecimento.

Palavras-chave: Morte, Luto, Alimentação, Saúde Materna.

### Abstract

**Objective:** To evaluate the relation of pain of loss of a child and the time of death with the nutritional and feeding conditions of mothers living with loss of children.

**Method:** We interviewed 33 mothers, aged between 40 and 61 years, with at least one year of the child's death. A questionnaire was used to investigate the studied variables: anthropometric; clinical; socio-economic; dimensioning of loss pain, cause of death and characterization of the mourning. The Food Frequency Questionnaire - FFQ was used to document the ingestion and to identify feeding trends in maternal mourning, the analysis of food consumption markers was carried out. In order to evaluate the influence of the dates of birth and death of the child in the act of feeding, it was requested the registration of the hedonistic sensations of hunger, appetite, satiation, satiety and appetizing meal, using scales. The analyses consisted of proportions comparisons, *odds ratio* estimations and correlations between numeric variables. They were performed in the statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, version 21.0.

**Results:** Body weight loss was significant in the first six months of mourning; while, the weight gain was prominent after two years of the son's death. At the time of mourning until two years, a greater correlation between dietary restrictions and pain of loss was identified. The condition of having more children favored the acceptance of the foods, the preservation of the cooking of tribute to the son and the commensality in the meals; while for the single-child mothers these challenges still overlap with the time of loss. There was a correlation between the current pain dimension and the hedonistic sensations of feeding, indicating that in appetite, rapid satiation and prolonged satiety are again pronounced close to the dates of tribute to the child – birth or death.

**Conclusion:** The data obtained revealed that the feeding behavior of mothers in the process of coping with the loss of a child represents a nutritional risk and warns about the possibility of maternal dietary restrictions that may persist at the time of death.

Key words: Death, Mourning, Feeding, Maternal Health.

## **Introdução**

A ingestão alimentar de indivíduos enlutados demanda um adequado monitoramento, dado a ausência da fome ter influências psíquicas e neuroendócrinas<sup>1</sup>. A relação entre comer e emoção sempre despertou interesse entre pesquisadores do comportamento humano<sup>2</sup>, tendo em vista que as descobertas, nessa área, podem resultar em orientações e monitoramentos mais adequados. É a particularização contextualizada que permite almejar maiores níveis de compreensão<sup>3</sup>. Assim, entende-se a fundamentação das práticas alimentares sob a influência do luto.

A perda de um ente querido, a depender do vínculo afetivo<sup>4</sup>, do perfil de regulação emocional de cada um<sup>5,6</sup> e da causa do óbito<sup>7</sup>, desestabiliza emocionalmente o indivíduo. A duração desta reação pode favorecer o estresse pós-traumático com repercussões neuroendócrinas que, por conseguinte, afetam a ingestão alimentar e o estado nutricional<sup>1</sup>. Isso requer a identificação dos fatores comportamentais da alimentação que se associam à ingestão e às alterações no peso corporal de enlutados, com aprofundamento na dor da perda e nos sentimentos e, ou, sensações que prevalecem no ato da alimentação.

Tratando-se do falecimento de filhos, dada a complexidade psíquica desta perda, as repercussões para o organismo são mais devastadoras<sup>8,9</sup>. Lidar com a morte de um filho é um processo traumático que demanda tempo em adaptações<sup>10-11</sup> – uma condição que altera comportamentos e humor, incluindo, nessa perspectiva, mudanças de atitudes alimentares. Por retratar uma questão diferenciada em enfrentamentos e adaptações o luto parental merece o aprofundamento nas investigações que alicerçam as decisões frente aos alimentos. A necessidade de fundamentação do processo do luto parental por filho na ingestão e nas atitudes alimentares de mães enlutadas, com reflexos sobre o estado nutricional, justificou a busca por esta análise. Este estudo objetivou avaliar a relação entre a escala de dor da perda de um filho e o tempo de óbito com as condições nutricionais e alimentares de mães com vivência em perda de filhos.

## **Métodos**

Estudo transversal realizado com mães com vivência em perda de filho, frequentadoras de organizações não-governamentais (ONGs) de apoio a enlutados do Estado de Minas Gerais, Brasil.

O recrutamento das mães procedeu-se nas sedes das ONGs, sendo a entrevista realizada, preferencialmente, no domicílio de cada voluntária participante. Como critério de inclusão, as mães deveriam frequentar uma ONG de apoio a enlutados. Os critérios de exclusão foram: história prévia ao luto de uso de medicamentos controlados e de doenças que

têm implicações na resposta ao estresse, como diabetes, hipertensão arterial crônica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, doenças relacionadas à glândula tireóide e obesidade mórbida.

A amostra foi por conveniência e para o cálculo amostral<sup>12</sup> considerou-se o conhecimento prévio de que há uma participação média de 20 pessoas em cada grupo das ONGs, sendo a maioria mães (50% ou mais) e que nesta população há uma prevalência de 80% de risco nutricional. Considerou-se, ainda, nível de confiança de 95% e erro tolerado de 5%. Isso resultou num tamanho amostral de 49 mães a serem incluídas no estudo. Considerando o calendário anual das ONGs parceiras, das 49 mães elegíveis ao estudo, houve três recusas e treze desistências prévias à entrevista devido a ansiedade gerada com a abordagem da morte do(a) filho(a), resultando em 33 mães participantes. O período de coleta de dados foi de janeiro 2016 a junho de 2017.

Para avaliação das práticas alimentares, foram realizados dois momentos distintos de coleta de dados. Na primeira abordagem, procedeu-se a entrevista alimentar não-diretiva, seguida da coleta de informações sócio-demográficas e antropométricas e da avaliação da dimensão da dor da perda do(a) filho(a) por meio da aplicação de duas escalas unidimensionais<sup>13,14</sup> – Escala Visual Numérica (EVN) e Escala Comportamental (EC). A EVN consiste em quantificar a intensidade da dor através de uma classificação numérica que varia de zero (ausência de dor ou sem dor) a dez pontos (dor máxima) e a EC avalia a lembrança da dor da perda em função das atividades comportamentais diárias (ocupações e cuidados com alimentação, higiene pessoal e saúde). Para a caracterização do enlutamento foram levantados dados sobre a causa do óbito, a idade e o sexo do filho falecido, e particularidades do luto vivido individualmente (reações próprias a cada mãe) e relacionalmente (restringindo-se às reações maternas mediadas pela família, no âmbito da comensalidade).

Na segunda abordagem, aplicou-se o Questionário de Frequência Alimentar – QFA<sup>15</sup> e procedeu-se à análise de marcadores do consumo alimentar<sup>16</sup> para identificar tendências alimentares no luto materno. Os marcadores de consumo alimentar foram descritos a partir da frequência diária do consumo<sup>16,17</sup> de carnes, frutas, leite, verduras cruas, legumes cozidos, doces ou similares. Em função da análise qualitativa dos relatos maternos sobre rejeição de alimentos e comportamentos de refúgio alimentar, optou-se por investigar a ingestão de carnes ao invés do feijão, e o consumo de doces substituindo o de refrigerantes. O escore do consumo – para cada um dos seis grupos de alimentos – foi procedido de acordo com a pontuação adotada pelo inquérito de avaliação dos marcadores de consumo alimentar do sistema Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL<sup>17</sup>, implantado pelo Ministério da Saúde.

Para avaliar a influência das datas de nascimento e de falecimento do(a) filho(a) na ingestão alimentar e nas atitudes alimentares, solicitou-se às mães o registro das sensações hedônicas (fome, apetite, saciação, saciedade) no ato da alimentação, por três dias anteriores às datas críticas especificadas, mediante o uso de escala analógica visual<sup>18</sup>. Tendo sido definido: *fome* por desejo de comer; *apetite*, a vontade de consumir algum alimento em especial; *saciação*, o estar se sentindo cheio – sensação que causa o término da refeição; *saciedade*, por estado de inibição da ingestão, medida pelo intervalo entre as refeições. Buscando definir motivações para alimentar-se, adicionou-se no registro das sensações hedônicas a indagação sobre a refeição *estar apetitosa*. A opção por formulários simplificados, registros consecutivos e não alternados, bem como a decisão que norteou as orientações fornecidas para o preenchimento das sensações hedônicas no ato da alimentação, fundamentaram-se na vulnerabilidade emocional e mental de mães que enfrentam o falecimento de um filho<sup>10,19</sup>. Diante dessa perda, depara-se com mães em estado melancólico<sup>11</sup>, desmotivadas e sob elevado estresse<sup>10</sup>, que implicariam na desistência ou em erros maiores no preenchimento de formulários extensos e, ou, detalhados em informações.

Para a avaliação do estado nutricional foram aferidos o peso corporal, a estatura e o perímetro abdominal por um único examinador, segundo os procedimentos técnicos preconizados por Jelliffe<sup>20</sup> – referendados pelo Ministério da Saúde do Brasil<sup>21</sup> e Organização Mundial de Saúde (OMS)/World Health Organization (WHO, 1995)<sup>22</sup>. Utilizou-se balança eletrônica TANITA® (Modelo InnerScan BC-558, Tanita Corporation of America, Illinois, Usa) com capacidade de 150 kg e sensibilidade de 100g para registrar o peso corporal e estimar o percentual de gordura corporal (%GC) com precisão de 1%; e trena métrica flexível e inelástica para aferir o perímetro abdominal. A opção pela bioimpedância bipolar TANITA foi precedida da análise de estudos que sinalizam correlação forte e significativa entre o %GC obtido por diferentes aparelhos<sup>23,24</sup> com a logística de transporte do equipamento à residência da mãe. Adotou-se como ponto de corte indicativo de risco cardiometabólico um valor superior ou igual a 80 cm para o perímetro abdominal (WHO, 1998)<sup>25</sup>, recomendação mais atual para a população da América Latina<sup>26</sup> e para o %GC, a classificação de Gallagher e col.<sup>27</sup>. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado a partir da relação peso (kg) / altura<sup>2</sup>(m) e classificado segundo a WHO (1998)<sup>25</sup>. O peso habitual foi documentado para possibilitar análise de comparação com o peso registrado, sobretudo, por permitir identificar alterações de peso corporal em função do tempo da perda do filho.

Na análise estatística, inicialmente realizou-se análise descritiva das variáveis, sendo apresentada frequência para as variáveis categóricas e mediana, acompanhada de valor mínimo e máximo, para as variáveis contínuas. A associação entre variáveis qualitativas foi

testada com o teste de Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. A magnitude da associação foi avaliada pela estimativa da *odds ratio* e respectivos intervalos de confiança de 95%. Já a relação entre variáveis numéricas foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman. As análises foram realizadas no Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, Inc. Chicago, IL, USA) para Windows<sup>28</sup>, versão 21.0.

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil, sob protocolo de número 1.236.710/2015/CEPH.

## **Resultados**

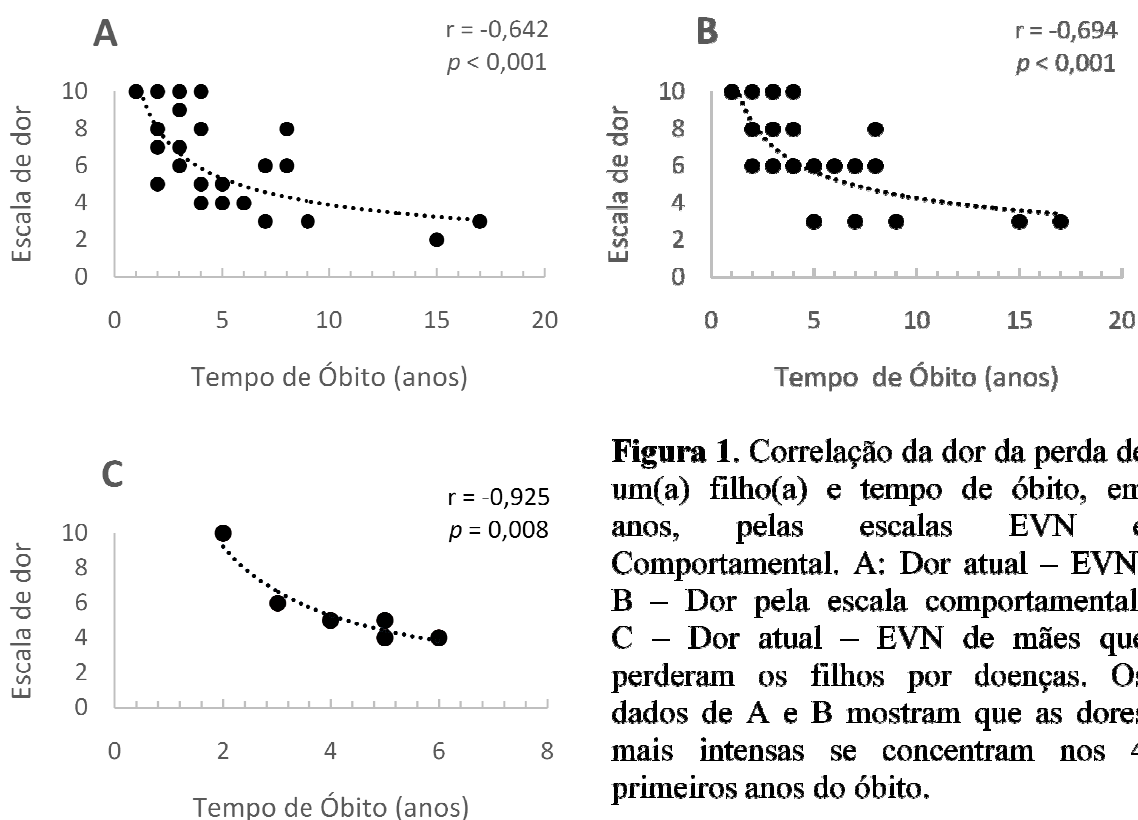
### **Caracterização de mães que perderam filho**

A idade das mães variou de 40 a 61 anos, com mediana de 53 anos. A mediana do tempo de óbito do filho foi de 04 anos, com valor mínimo de 01 e máximo de 17 anos de falecimento, com predominância de dois anos ou mais de vivência em perda de filho (93,94%; n=31). Dentre as causas de óbito, prevaleceram as causas externas, com destaque maior para acidentes de trânsito 75,8% (n=25). Cabe ressaltar que a idade destes filhos foi de 01 a 29 anos, com mediana de 20 anos. Do total de mães participantes, 81,8% (n=27) possuíam mais filhos. O estresse e o nível de ansiedade procedidos da perda do filho favoreceram a manifestação de doenças graves, como depressão, neoplasias e doenças auto-imunes; dentre as quais, as doenças psíquicas se destacaram em prevalência (72,7%; n=24). O mesmo ocorreu com a insônia (93,9%; n=31), resultando em elevado uso de medicações para dormir (97,0%; n=32). Quanto aos sentimentos maternos vivenciados após a perda, a sensação de vazio preponderou, seja exclusivamente (78,8%; n=26) ou, em associação, com o sentimento de raiva (18,2%; n=6), e a convicção de que “não perdeu tudo” representou 3,0% (n=1). Frente à percepção das mães quanto aos estágios de reação à perda, verificou-se que 45,5% (n=15) classificaram-se ainda em depressão; 24,2% (n=8) na aceitação; 18,2% (n=6) na barganha; 9,1% (n=3) consideraram o término do luto; e uma mãe (3,0%) considerou-se na fase da raiva, por não se conformar com a perda do seu único filho.

No que tange à dor da perda de um filho, as mães foram capazes de diferenciar a dimensão da dor inicial com a dor atual delas. Na avaliação pela escala EVN verificou-se, para todas as mães, a classificação de 10 pontos na dor inicial, o que significa a dor máxima na escala. Para a intensidade da dor atual, a mediana foi de 6,0 pontos (classificação de dor moderada). Houve correlação positiva entre a escala de dor atual com o comportamento materno diante da lembrança da dor ( $r= 0,905$ ;  $p<0,001$ ), avaliado pela escala

comportamental. Ao relacionar o tempo de óbito, em anos, com a escala de dor atual, verificou-se correlação inversa ( $r = -0,642$ ;  $p < 0,001$ ); o mesmo ocorreu com a intensidade da dor sobre a escala comportamental ( $r = -0,694$ ;  $p < 0,001$ ) (Figura 1).

A figura 1 ilustra as correlações obtidas entre a intensidade da dor atual da perda do(a) filho(a) com o tempo de óbito (em anos). Considerando a causa do óbito, a intensidade da dor da perda de um filho frente às mortes por doenças graves é reduzida, substancialmente, a partir de três anos (Figura 1C); enquanto, quando incluem também as causas externas, esta queda é pronunciada depois de quatro anos do óbito (Figura 1A).



**Figura 1.** Correlação da dor da perda de um(a) filho(a) e tempo de óbito, em anos, pelas escalas EVN e Comportamental. A: Dor atual – EVN; B – Dor pela escala comportamental; C – Dor atual – EVN de mães que perderam os filhos por doenças. Os dados de A e B mostram que as dores mais intensas se concentram nos 4 primeiros anos do óbito.

Quanto ao estado nutricional, a maioria apresentou valores de IMC dentro da faixa de normalidade (42,4%;  $n=14$ ), seguido do sobrepeso (33,3%;  $n=11$ ), obesidade (18,2%;  $n=6$ ) e baixo peso (6,1%;  $n=2$ ). A mediana do IMC foi de  $25,3 \text{ Kg/m}^2$  ( $17,6 - 34,5 \text{ Kg/m}^2$ ). Para os valores de perímetro abdominal (PA) e de percentuais de gordura corporal (%GC) das mães, situaram-se na normalidade 39,4% ( $n=13$ ) e 15,2% ( $n=5$ ), respectivamente. Valores elevados ou baixos de percentual de gordura corporal representaram 42,4% ( $n=14$ ), em ambas as classificações (Tabela 1).

**Tabela 1.** Idade e parâmetros antropométricos de mães com vivência em perda de filho(a).

Variáveis	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
Idade (anos)	53	40	61
Estatura (cm)	163,0	155,0	170,0
Peso habitual (Kg)	68,0	51,5	83,5
Peso atual (Kg)	65,0	51,5	91,5
IMC* (Kg/m <sup>2</sup> )	25,3	17,6	34,5
PA** (cm)	86,0	77,6	117
% de gordura corporal (%)	30,8	16	41,5
Perda de peso (Kg)			
<3 meses	8,0	4,0	24,0
<6 meses	12,0	9,0	21,0
<1 ano***	-	-	-
Ganho de peso (Kg)			
>1 ano	9,0	9,0	20,0
>2 anos	7,5	6,0	18,0
>3 anos	17,0	17,0	17,0

\*IMC – Índice de Massa Corporal.

\*\*PA – Perímetro Abdominal.

\*\*\*Dado de perda de peso não informado, apesar de ter relatado a perda corporal (n=1; 3,1%).

Os dados apontaram a ocorrência de um desgaste físico materno no luto recente ( $\leq 6$  primeiros meses de morte do filho); período em que se identificou o emagrecimento intenso, especialmente, nos três meses iniciais (62,5%; n=20) com mediana de 8,0 Kg e até aos seis meses, 34,4% (n=11) com mediana de 12,0 Kg. Depois de transcorrido 01 ano de luto pelo(a) filho(a), o ganho de peso foi relatado por 36,3% (n=12) das mães participantes deste estudo. O aumento de peso materno foi mais proeminente no período acima de dois anos do óbito (66,7%; n=8); as demais mães apresentaram ganho ponderal após um ano (25%; n=3) ou depois de decorrido três anos (8,3%; n=1) da morte do(a) filho(a) (Tabela 1).

### Práticas alimentares

Mediante os resultados abstraídos dos inquéritos alimentares, foi possível delinear as tendências comportamentais de ingestão que impõem risco à nutrição de mães com vivência em perda de filho. Os resultados foram agrupados em três categorias de análise: alimentação no luto materno; consumo alimentar materno sob a influência da dor da perda e do tempo de óbito; e influência das datas de nascimento e de falecimento do(a) filho(a) e do tempo de óbito nas sensações hedônicas da alimentação.



### *Alimentação no luto materno*

Ao relacionar o comportamento alimentar (resgate à culinária familiar, exclusão de alimentos e refeição compartilhada) com a condição materna de possuir filhos vivos, observou-se associação entre mães com filho único falecido e resgate de culinária da família ( $p=0,005$ ), sendo que as que possuíam outros filhos, apresentaram 22 vezes mais chance de resgatar a culinária da família, quando comparadas às mães de filhos únicos falecidos (IC95%: 2,085-232,165). A condição de perda de filho único também apresentou associação com a continuidade de exclusão de algum alimento ( $p=0,021$ ); todas desta categoria continuaram excluindo algum alimento de referência à memória do(a) filho(a). As mães que possuíam outros filhos, além do falecido, apresentaram 55,6% menos chance de continuar excluindo algum alimento (OR=0,444; IC95%: 0,292-0,678), quando comparadas àquelas com um único filho. A condição materna de possuir filhos vivos também associou-se à comensalidade materna nas refeições ( $p<0,001$ ). Mães com mais de um filho apresentaram 62,5 vezes mais chance (IC95%: 4,711-829,262) de preservar a refeição compartilhada, não considerando a mesma como um desafio, em comparação às mães de filho único, grupo no qual a maioria continuava considerando a comensalidade compartilhada como um desafio.

### *Consumo alimentar materno sob a influência da dor da perda e do tempo de óbito*

Quanto ao número de refeições diárias, o fracionamento observado teve mediana de 5 refeições; variando de 4,0 a 6,0. Três grupos de alimentos destacaram-se nesta análise: *carnes*, *frutas e doces* ou similares, principalmente, chocolates. Verificou-se que a ingestão de carne se correlacionou com as escalas de dor atual EVN ( $r= -0,395$ ;  $p=0,023$ ) e EC ( $r= -0,528$ ;  $p=0,002$ ), de saciação ( $r= -0,422$ ;  $p=0,014$ ) e com o tempo de óbito do(a) filho(a) ( $r=0,559$ ;  $p=0,001$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Correlação do consumo de carnes, frutas, doces e similares com as escalas de intensidade de dor e de sensações hedônicas de apetite e de saciação e tempo de óbito.

	Carnes		Frutas		Doces e similares	
	r	p	r	p	r	p
Dor atual - EVN	-0,395	0,023*	-0,224	0,210	0,058	0,750
Dor atual - EC	-0,528	0,002*	-0,127	0,482	-0,035	0,847
Apetite	0,199	0,266	0,403	0,020*	0,410	0,018*
Saciação	-0,422	0,014*	-0,444	0,010*	0,182	0,310
Tempo de óbito	0,559	0,001*	-0,021	0,910	-0,042	0,818

\*  $p < 0,05$ . Correlação de Spearman.

EVN: Escala Visual Numérica; EC: Escala Comportamental; r: valor da correlação.

Mães que apresentaram dor classificada como alta ( $\geq 7,0$  pontos na escala visual numérica - EVN) apresentaram 5,95 vezes mais chance (IC 95%: 1,223-28,951) de rejeitar a carne quando comparadas àquelas com dor leve ou moderada. Destaca-se que dentre as que rejeitaram carnes, 58,33% (n=7) apresentaram dor classificada como de intensidade alta. Apesar das práticas alimentares destas mães sinalizarem a diminuição na ingestão de carnes após a morte de um filho e em alguns casos, até a sua rejeição, constatou-se a preservação deste alimento na dimensão da culinária familiar (100%; n=33).

O escore do consumo de frutas correlacionou-se com as escalas de apetite (r= 0,403;  $p=0,020$ ) e de saciação (r= -0,444;  $p=0,010$ ). A frequência do consumo de doces e similares correlacionou-se com a escala de apetite (r= 0,410;  $p=0,018$ ) (Tabela 2), sendo que para 48,5% das mães (n=16) este consumo é diário.

A pontuação do consumo dos demais alimentos avaliados – leite, verdura crua, legumes cozidos – e o escore final da alimentação saudável não correlacionaram-se com as escalas de intensidade da dor da perda e com o tempo de óbito.

Nos relatos inerentes à inclusão de alimentos após o falecimento do(a) filho(a), destacaram-se, sobretudo, a inclusão de doces ou similares (24,2%, n=8), seguido dos alimentos funcionais, em menor proporção (kefir, castanhas, frutas roxas e cereais integrais) (18,2%, n=6). A dor atual não se associou com inclusão de doces ( $p=0,373$ ) e de alimentos funcionais ( $p=0,269$ ).

Na análise inerente aos alimentos de tributo ao(a) filho(a) falecido(a), os resultados indicam que os desafios maternos permaneceram e influenciaram na ingestão destes alimentos, dado que 54,5% (n=18) das mães têm restrições com este consumo. Os alimentos mais citados foram: carnes, massas, purês, bolos e tortas doces caseiras; com variações nos tipos, forma de preparações e sabores.

*Influência das datas de nascimento e de falecimento do(a) filho(a) e do tempo de óbito nas sensações hedônicas da alimentação*

Na perspectiva da escala de sensações hedônicas da alimentação, no ato da ingestão, constatou-se que, em datas consideradas críticas, por propiciarem a reafirmação da ausência do(a) filho(a) falecido(a), houve correlação entre a intensidade da dor da perda com a fome ( $r = -0,635$ ;  $p < 0,001$ ), com a saciação rápida ( $r = 0,591$ ;  $p < 0,001$ ) e com a saciedade prolongada ( $r = 0,551$ ;  $p = 0,001$ ). O apetite e a sensação de perceber a refeição como apetitosa não se correlacionaram com a intensidade da dor atual sentida por estas mães. Entretanto, no que tange à lembrança desta dor concomitante à realização de atividades comportamentais diárias, observou-se a correlação inversa desta variável com a sensação pronunciada de fome ( $r = -0,586$ ;  $p < 0,001$ ) e de apetite ( $r = -0,225$ ;  $p < 0,001$ ); enquanto, com a saciação ( $r = 0,574$ ;  $p < 0,001$ ) e a saciedade ( $r = 0,569$ ;  $p = 0,001$ ) a correlação foi positiva (Tabela 3).

Nas proximidades das datas de nascimento ou de falecimento do(a) filho(a), houve correlação inversa da saciação com fome ( $r = -0,685$ ;  $p < 0,001$ ) e com a refeição apetitosa ( $r = -0,453$ ;  $p = 0,008$ ); e com a intensidade da dor atual, a correlação foi positiva ( $r = 0,591$ ;  $p < 0,001$ ). O apetite apresentou correlação com fome ( $r = 0,645$ ;  $p < 0,001$ ), saciação ( $r = -0,751$ ;  $p < 0,001$ ) e saciedade ( $r = -0,633$ ;  $p < 0,001$ ). A refeição apetitosa teve correlação positiva com a fome ( $r = 0,455$ ;  $p = 0,008$ ), o apetite ( $r = 0,643$ ;  $p < 0,001$ ) e a saciedade ( $r = 0,416$ ;  $p = 0,016$ ); e inversa, com a saciação ( $r = -0,453$ ;  $p = 0,008$ ). A saciedade correlacionou-se com a fome ( $r = -0,638$ ;  $p < 0,001$ ) e com a saciação ( $r = 0,762$ ;  $p < 0,001$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Correlação entre as escalas hedônicas de fome, saciação, saciedade, apetite e refeição apetitosa e com as escalas de dor EVN e comportamental no ato da ingestão alimentar de mães com vivência em perda de filho(a).

	Fome		Saciação		Saciedade		Apetite		Refeição apetitosa	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Fome	-	-								
Saciação	-0,685	<0,001*	-	-						
Saciedade	-0,638	<0,001*	0,762	<0,001*	-	-				
Apetite	0,645	<0,001*	-0,751	<0,001*	-0,633	<0,001*	-	-		
Refeição apetitosa	0,455	0,008*	-0,453	0,008*	0,416	0,016*	0,643	<0,001*	-	-
Dor atual – EVN**	-0,635	<0,001*	0,591	<0,001*	0,551	0,001*	-0,239	0,180	-0,286	0,106
Dor e comportamento	-0,586	<0,001*	0,574	<0,001*	0,569	0,001*	-0,225	<0,001*	-0,341	0,052

\*  $p < 0,05$ . Correlação de Spearman.

r: valor da correlação.

\*\*Escala Visual Numérica.

Dentre as cinco variáveis que compuseram a escala de sensações hedônicas no ato da ingestão, fome ( $r= 0,510$ ;  $p=0,002$ ), saciação ( $r= -0,511$ ;  $p=0,002$ ) e saciedade ( $r= -0,536$ ;  $p=0,001$ ) correlacionaram-se ao tempo de óbito dos filhos, respectivamente. Por outro lado, as escalas de apetite e de refeição apetitosa não apresentaram correlação com o tempo de óbito dos filhos.

### **Estado nutricional, práticas alimentares e sensações hedônicas da alimentação**

O IMC apresentou correlação com o %GC ( $r= 0,884$ ;  $p<0,001$ ) e com o perímetro abdominal ( $r= 0,856$ ;  $p<0,001$ ). Verificou-se associação entre o ganho de peso após dois anos do falecimento do filho e o compartilhamento da refeição ( $r= 0,853$ ;  $p=0,032$ ), todas as mães que ganharam peso realizam refeições compartilhadas.

As análises das sensações hedônicas com o IMC das mães revelaram correlação positiva com as escalas de fome ( $r= 0,384$ ;  $p= 0,027$ ) e de apetite ( $r= 0,369$ ;  $p= 0,035$ ) e inversa, com a de saciação ( $r= -0,524$ ;  $p= 0,002$ ). Igualmente, o %GC apresentou correlação positiva com a escala de apetite ( $r= 0,331$ ;  $p= 0,050$ ) e inversa com a de saciação ( $r= -0,520$ ;  $p= 0,002$ ).

Frente à dor atual das mães pela escala EVN, houve correlação inversa desta variável com o IMC ( $r= -0,449$ ;  $p=0,009$ ) e com o %GC ( $r= -0,502$ ;  $p=0,003$ ).

### **Discussão**

A ingestão alimentar dos indivíduos é uma rede complexa em suas conexões psíquicas, fisiológicas, endócrina e comportamentais<sup>29-32</sup>. As circunstâncias dos indivíduos em suas vivências com o alimento e com as práticas alimentares têm conexão com a maneira de cada um processar, cognitivamente, suas emoções, sensações e circunstâncias de vida. Tratando-se, exclusivamente, de circunstâncias que abrangem a temática *morte de um ente querido e sua associação com a ingestão alimentar* as particularidades do enlutamento e do enlutado é que determinam a forma destes indivíduos se relacionarem com os alimentos. Assim, podem ocorrer comportamentos alimentares diferenciados em situações de luto e de tempo de óbito similares. A vulnerabilidade à má-nutrição e as alterações de peso são pronunciadas em condições de vínculo afetivo próximos com o falecido; de manifestação da angústia psicológica<sup>33</sup> ou de sentimentos de tristeza profunda; e de incapacidade para lidar com a perda e a morte<sup>1</sup>. Tais condições intensificam a dor sentida pela perda de um ente querido – uma “dor psíquica” que reflete no corpo físico e nos comportamentos<sup>11</sup> do enlutado, incluindo, as mudanças instituídas no comportamento alimentar.

Foi observado neste estudo que, apesar da dor da perda de um filho diminuir, em

intensidade, com o tempo de óbito (Figura 1), trata-se de uma *dor* que persiste aos anos de falecimento do(a) filho(a) e não é esquecida, visto que nenhuma destas mães se classificou na condição de “ausência da dor” ou de “sem dor”. Outro estudo indicou também a persistência desta dor<sup>34</sup> – negá-la é como se esquecessem e, ou, apagassem a memória do filho. Nos períodos de dor mais intensa, as mães modificaram substancialmente a sua alimentação; por conseguinte, tiveram alterações no peso corporal (Tabela 1). É inegável que a intensidade da dor sentida pela perda de um filho teve influência significativa no controle da fome, da saciação e da saciedade, bem como na escolha dos alimentos (Tabelas 2 e 3). Cabe-nos, então, afirmar que a intensidade desta dor influenciou na ingestão e nos comportamentos alimentares maternos, afetando o estado de nutrição.

A morte de um filho se configura no *evento estressor* e o luto provém da reação à perda<sup>1</sup>. Este processo está sob a influência de vários estímulos estressores, porém, a causa de óbito é um dos agravantes das reações individuais, em parte, porque as circunstâncias da morte são preservadas e revividas a cada lembrança<sup>35</sup>. Isso pode justificar o resultado evidenciado na figura 1, dado às diferenças na queda da intensidade da dor da perda ao se isolar as mortes por doenças graves das causas externas. A doença grave de um filho faz com que mães vivenciem o luto materno antecipado, por aproximá-las do desfecho “morte de filho” – é um estado de espera pela morte passível de acontecer<sup>35</sup>; nos casos de morte súbita ou de morte violenta, o evento é inesperado<sup>36</sup>. Apesar da morte de filho ser traumática independente da causa do óbito, suscita-se que podem ocorrer diferenças no luto antecipado para o luto não-antecipado, conforme sinalizou Parkes<sup>37</sup>, ao afirmar que a perda súbita de filhos proporciona aos pais mais raiva, depressão, culpa e mais lembranças dolorosas em comparação aos falecimentos de filhos por alguma doença da qual os pais tinham conhecimento.

Mas é inegável que, dentre os tipos de perda de entes queridos, o falecimento de um filho abala as formas de existências dos pais<sup>9-11,38</sup> e fatalmente, exige um tempo maior de enfrentamento ao luto e de processamento das emoções – o que vem de encontro com a percepção das mães frente ao seu estágio de reação à perda. A dificuldade de lidar com a morte de um filho comumente ultrapassa a capacidade adaptativa dos pais ao estresse e os predispõem à condição de vulnerabilidade ao estresse pós-traumático. Tem sido observado que sintomas persistentes de estresse pós-traumático prevêm mudanças de peso corporal, com risco mais elevado tanto de ganho quanto de perda<sup>39</sup>. Apesar de que há muito por compreender em mecanismos, constata-se que a perda de peso ocorre no início do estresse pós-traumático, enquanto, o ganho se manifesta perante a persistência deste processo<sup>39</sup>. Outros estudos realizados com indivíduos recém-enlutados também evidenciaram uma perda

de peso corporal nos primeiros meses de luto<sup>37,40</sup>. Estes achados corroboram com o nosso estudo, visto que a perda de peso materna foi intensa no luto recente e o ganho de peso foi pronunciado após dois anos do óbito do(a) filho(a) (Tabela 1). Ocasão em que se deu, neste grupo, a busca por doces ou similares, indicando que a ansiedade materna contribuiu com a compulsão alimentar por produtos de residuais adocicados, favorecendo os denominados “comportamentos de refúgio alimentar”. Campos<sup>1</sup> atribuiu este comportamento ao refúgio alimentar manifestado em enlutados que tentam *driblar* a dor da perda por ínfimos segundos de leite na comida. Outro estudo afirma que impulsos por comidas doces têm a ver com emoções e que esta condição é determinada por neurônios relacionados ao estresse<sup>41</sup>.

Lidar com a morte de um ente amado (como um filho) é *agressão de natureza psicogênica*<sup>1</sup> e neste contexto, o hormônio liberador de corticotrofina – CHR é o elemento hormonal fundamental de resposta orgânica reativa<sup>45</sup>. O aumento deste hormônio se associa a inapetência e a redução na ingestão alimentar, abarcando a falta de interesse pela comida<sup>1,30</sup>. Em resposta ao CHR, a hipófise libera o hormônio adrenocorticotrófico – ACTH que estimula a secreção de hormônios corticosteróides e de catecolaminas pelas glândulas adrenais<sup>30,42</sup>. Secreção de glicocorticóides e agentes adrenérgicos é comumente induzida por traumas ou estresse e a sinergia entre essas vias pode se estender em indivíduos com estresse pós-traumático<sup>43</sup>. Esta cadeia de resposta neuroendócrina influencia no sistema de regulação da fome e da saciedade. Dado que a percepção de um evento traumático pelo córtex aciona o circuito cerebral subcortical, por meio das estruturas que controlam as emoções e as funções dos sistemas viscerais, cuja ativação desencadeia a liberação dos hormônios do estresse, conjectura-se que a vulnerabilidade alimentar de mães enlutadas situa-se no *trauma psíquico da perda*<sup>1</sup>. Perante este trauma existe a probabilidade de uma constância de reações afetivo-emocionais intensas e isso induz a ativação anormal do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal – situação que é passível de ocorrência na perda de filhos. Há estudos que têm sinalizado a persistência no aumento dos hormônios do estresse frente à perda de pessoas significativas, havendo diferenças, em valores, em decorrência ao óbito<sup>44</sup>. Uma persistência que predispõem enlutados ao risco de má-nutrição<sup>1</sup> e de agravamento e, ou, de manifestação de doenças<sup>43</sup>, o que apóia os achados deste estudo que perpassaram a vivência do luto materno para a manifestação de doenças graves e de alterações contundentes no peso corporal de mães.

Considerando especificamente as *práticas alimentares*, os relatos destas mães apontaram os fatores que sedimentaram reações de enfrentamento ao luto, por elas vivido, mediadas pela interface com a alimentação e a ingestão. Embora os intervalos de confiança estimados para as razões de chance tenham sido amplos, o que limita a precisão da magnitude da chance, nossos resultados sugerem que ter mais filhos foi uma condição que contribuiu,

favoravelmente, para a aquisição de posturas maternas construtivas frente à prática alimentar e da comensalidade em família. Gonçalves<sup>45</sup>, ao estudar luto parental em situações de morte inesperada, afirmou que a condição de mais filhos é *um fator protetor que impõe reações à perda*. Frente ao ato da ingestão e da presença materna nas refeições da família, independente dos desafios alimentares pessoais, a presença de outros filhos sobressai a outros fatores de reações à perda – o que ratifica a afirmativa de Gonçalves<sup>45</sup>, dado que esta condição “forçou” estas mães a reagirem mais rapidamente do que as mães de filho único falecido. Ressalta-se que os desafios alimentares mencionados no início do luto foram compatíveis tendo mais filhos ou não; a diferenciação consistiu no tempo de reação à perda.

Na categoria temática *consumo alimentar materno sob a influência da dor da perda e do tempo de óbito*, o fracionamento das refeições se manteve dentro do recomendado<sup>46</sup>, mesmo diante dos efeitos da intensidade da dor e do tempo de óbito menor sobre a ingestão e as práticas alimentares maternas. Diante da realidade sem o filho único ou um dos filhos, a dor da mãe reflete a singularidade desta perda, ao mostrar-se em intensidade e permanência. As pontuações demarcadas por elas nas escalas unidimensionais de mensuração de dor<sup>13</sup> sinalizaram o nível de estresse emocional vivenciado por cada mãe, bem como apontaram a sua interdependência com as atitudes maternas frente aos alimentos. À medida que esta dor emocional diminuiu, em intensidade e no comprometimento comportamental das atividades diárias (Tabelas 2 e 3), a ingestão materna tendeu a se restabelecer, visto que a escala de fome teve correlação inversa com a de dor da perda. Para Azevedo e Pereira<sup>47</sup>, a dor vivida e sentida pela perda de um ente querido é com *sentimento de pesar, de aflição, de tristeza e desgosto*; é a dor que se estende por todo o processo de luto com suas nuances e implicações peculiares para cada enlutado. A perda de um filho exige um contínuo elaborar desta dor para que pais possam ressignificar o sentido de suas vidas e de tudo mais que se remete à memória deste, tais como os alimentos de tributo ao(a) filho(a) falecido(a). Frente a estes alimentos, apesar das mães apresentarem restrições pessoais para com esta ingestão, elas foram capazes de preservar esta culinária. A decisão de manter, no seio familiar, alimentos de tributo ao filho falecido resultou de um *agir consciente*<sup>48</sup> sobre os efeitos que esta “privação” causaria nos demais membros da família.

Na categoria temática *influência das datas de nascimento e de falecimento do(a) filho(a) e do tempo de óbito nas sensações hedônicas da alimentação*, as informações instigam as reflexões acerca dos pensamentos que impõe à mãe aos *dissabores* com a alimentação, favorecendo a sensação de saciação rápida e de saciedade prolongada. A saciação e a saciedade são primordiais na compreensão do controle do apetite – tendência de procurar e consumir certos tipos de alimentos – e ambos têm a ver com a inibição de comer<sup>49</sup>.



Em datas críticas que intensificam a lembrança do(a) filho(a) falecido(a), as mães manifestaram a ausência de fome, a saciação com quantidades menores de alimentos e uma sensação de saciedade retratada pela necessidade de intervalos maiores entre as refeições. Na representação intrínseca ao simbolismo destas datas – *a de nascimento e a de morte do filho falecido* – as mães tornam a modificar a ingestão, independente do tempo da perda do filho. No âmbito materno e do universo familiar, ambas as datas são marcantes e influenciam, diretamente, na ingestão e nas atitudes maternas frente aos alimentos. Todavia, deve-se esclarecer que, de acordo com as entrevistas, essas sensações persistem por uns 15 dias e desta forma, não representam um retrocesso ao luto vivido por elas, mas indicam que há períodos em que a dor da perda se intensifica por razões associadas a datas críticas de tributo ao filho. Para estas mães, a sensação de vazio prevaleceu aos anos e nestas datas, elas revivem, em intensidade, o *pesar*<sup>47</sup> da ausência ou da privação de seus filhos amados, o que conseqüentemente altera a sua alimentação.

O tempo foi um aliado no restabelecimento do consumo alimentar destas mães, dado que o consumo de carnes aumentou inversamente à condição de sentir-se saciado rapidamente – *uma reação atrelada ao luto intenso*; as porções de frutas foram restabelecidas com o apetite e com uma melhor resposta da saciação fisiológica; e, os doces e similares se tornaram mais frequentes, proporcionalmente, ao aumento do apetite (Tabela 2). Outros resultados ratificam essa afirmativa: à medida que a dor da perda diminuiu, em intensidade, houve melhoria nas práticas alimentares das mães; da mesma forma que o compartilhamento das refeições favoreceu a ingestão e a recuperação do peso corporal. Para Poulain e Proença<sup>32</sup> as práticas declaradas em si mesmas apresentam o interesse de conduzir aos paradoxos que sustentam as práticas alimentares. Conceber alimentos aceitos, rejeitados ou excluídos por enlutados tem sua aplicabilidade no entendimento do comportamento alimentar e para as condutas nutricionais, desde que se compreendam as razões – *psíquicas, fisiológicas, e hormonais* – que sustentam tais mudanças. Foi notório o efeito do tempo de óbito na sensação de fome e de melhor resposta fisiológica na saciação e na saciedade. Uma observação que indica que, com o passar dos anos, tem-se a tendência à aproximação ao hábito alimentar anterior ao luto com ressalvas nesta afirmativa, pois há as mães que apresentam limitações que persistem aos anos, dentre as quais, a dificuldade para lidar com os alimentos de tributo maior ao(a) filho(a) falecido(a) permanece em grande evidência.

## **Conclusão**

A perda de um filho pode causar grande impacto no comportamento alimentar e no estado nutricional das mães. O *trauma* decorrido deste evento exerce fortes influências no

sistema de regulação da fome e da saciedade, resultando, de início, na ausência da fome, na saciação rápida e na saciedade prolongada; e posteriormente, na busca por alimentos de resíduos adocicados. A dificuldade para lidar com a ruptura irreversível de um vínculo significativo como o de filho refletiu de forma peculiar no peso corporal das mães – representando uma condição de desgaste físico materno que tem implicações no estado nutricional.

A interação da dor da perda com as emoções maternas e o estresse proveniente do falecimento de filho fomenta as mudanças nas atitudes alimentares e sustentam as alterações identificadas nas sensações hedônicas maternas no ato da alimentação; porém, o tempo, propicia a tendência de se restabelecer o hábito alimentar, com advertência às restrições que podem permanecer e persistir ao tempo de falecimento do filho. A despeito de que com o tempo, de maneira geral, o hábito alimentar se restabelece, a magnitude do impacto no estado nutricional pode resultar em prejuízos importantes para a saúde materna.

Estudos nessa área ainda são incipientes e demandam mais aprofundamento sobre o tema, no entanto os resultados deste estudo indicam a importância de inclusão desse grupo populacional na agenda de debate em saúde pública.

## Referências

1. Campos MTF. A influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. *Cien. Saúde Colet.* 2013; 18(9): 2761-71.
2. Kachani AT, Kotait MS. Nutrição em psiquiatria. São Paulo: *Nestlé Bio Nutr.* Saúde 2011; ano 5, (14): 24-8.
3. Ribeiro J, Souza DN, Costa AP. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? *Ciênc. Saúde Coletiva* 2016; 21(8): 2324-2324. DOI: 10.1590/1413-81232015218.15612016
4. Brice CW. What forever means: an empirical existential-phenomenological investigation of maternal mourning. *J. Phenomenol. Psychol.* 1991; 22: 16-38.
5. Chesney SA, Gordon NS. Profiles of emotion regulation: Understanding regulatory patterns and the implications for posttraumatic stress. *Cognition and Emotion* 2017; 31(3): 598-606.
6. Bonanno GA, Burton CL. Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspect Psychol Sci.* 2013; 8(6): 591-612. DOI: 10.1177/1745691613504116
7. Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012; 14(2): 177-86.

8. Zetumer S, Young I, Shear MK, Skritskaya N, Lebowitz B, Simon N et al. The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *J Affect Disord.* 2015; 170: 15-21.
9. Almeida EJ, Garcia-Santos S, Haas EI. Padrões especiais de luto em mães que perderam filhos por morte súbita. *Rev Psicol.* 2011; 3(2): 607-16.
10. Hussin NAM. *Parental grief after traumatic death: a qualitative study in Malaysia.* [Thesis]. Doctorate in Philosophy. Universiti Sains Malaysia; 2016.
11. Pimenta SO. *A morte de um filho para uma mãe: luto, melancolia e identificação.* [Dissertação]. Mestrado em Psicologia. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas; 2014.
12. Epi info. [online]. Link: <http://www.openepi.com/v37/SampleSize/SSPropor.htm>
13. Freitas CC, Vieira PR, Torres GVB, Pereira CRA. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Rev. Dor* 2009; 10(1): 56-62.
14. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto - Terapia Intensiva* 2013; 12(3). Disponível: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=426](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426)
15. Fisberg RM, Martini LA, Slater B. Métodos de inquéritos alimentares. In: Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA et al. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas.* Barueri: Manole; 2005. cap.1, p.1-29.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica* [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 32p.: il.
17. Souza AM, Bezerra IN, Cunha DB, Sichieri R. Avaliação dos marcadores de consumo alimentar do VIGITEL (2007-2009). *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(1) Supl.: 44-52.
18. Flint A, Raben A, Blundell JE, Astrup A. Reproducibility, power and validity of visual analogue scales in assessment of appetite sensations in single test meal studies. *Int J Obes* 2000; 24:38-48.
19. Freitas JL, Michel LHF. A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicol. Estud.* 2014; 19(2): 273-83. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737222324010>
20. Jelliffe DB. *Evolución Del estado de nutrición de La comunidad.* Genebra: OMS, 1968.
21. Engstrom EM (Org.). *SISVAN instrumento para combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional.* 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

22. WHO (World Health Organization). *Physical Status: the use and the interpretation of antropometry*. Geneva: World Health Organization; 1995.
23. Reis filho AD, Ravagnani FCP, Oliveira MPP, Fett CA, Zavala AA, Coelho-Ravagnani CF. Comparação entre diferentes aparelhos de bioimpedância para avaliação do percentual de gordura. *R. Bras. Ci. e Mov.* 2011; 19(2): 5-12.
24. Jebb SA, Cole TJ, Doman D, Murgatroyd PR, Prentice AM. Evaluation of the novel Tanita body-fat analyser to measure body composition by comparison with a four-compartment model. *Br J Nutr.* 2000 Feb; 83(2):115-22.
25. WHO (World Health Organization). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization; 1998.
26. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation.* 2009; 120: 1640-5.
27. Gallagher D, Heymsfield SB, Heo M, Jebb SA, Murgatroyd PR, Sakamoto Y. Health percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72: 694-701.
28. Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) for Windows, version 21.0
29. Cambraia RPB. Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Rev. Nutr.* 2004; 17(2): 217-25. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000200008>
30. Douglas CR. Controle da ingestão alimentar. In: Douglas CR, organizador. *Tratado de fisiologia aplicada à nutrição*. São Paulo: Robe Editorial; 2002. p.473-484.
31. Halpern ZSC, Rodrigues MDB, Costa RF. Determinantes fisiológicos do controle do peso e do apetite. *Rev. Psiqu. Clín.* 2004; 31(4): 150-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400002>
32. Poulain J-P, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Rev. Nutr.* 2003; 16(4): 365-86.
33. Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E., Doocy, S. Maternal psychological distress and perceived impact on child feeding practices in South Kivu, DR Congo. *Food Nutr Bull* 2017; 38(3): 319-37.
34. McClowry SG, Davies EB, May KA, Kulenkamp EJ, Martinson IM. The empty space phenomenon: the process of grief in the bereaved family. *Death Stud.* 1987; 11(5): 361-74.

35. Alarcão ACJ, Carvalho MDB, Pelloso SM. A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. *Rev Latino-am Enfermagem* [online] 2008 Maio-Jun [20 Jun 2017]; 16(3): 1-7. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
36. Souza MAS, Pontes SA. As diversas faces da perda: o luto para a psicanálise. *Analytica* [online] 2016 Jul-Dez [13 Jan 2018]; 5(9): 69-85. Disponível em: [www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/download/2043/1390](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/download/2043/1390)
37. Parkes, CM. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* – Novas buscas em psicoterapia. Tradução de Maria Helena Pereira Franco Bromberg. São Paulo: Summus; 1998.
38. Rogers CH, Floyd FJ, Seltzer MM, Greenberg J, Hong J. Long-Term Effects of the Death of a Child on Parents' Adjustment in Midlife. *J Fam Psychol: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*. 2008; 22(2): 203-11. doi:10.1037/0893-3200.22.2.203.
39. LeardMann CA, Woodall KA, Littman AJ, Jacobson IG, Boyko EJ, Smith B et al. Post-traumatic stress disorder predicts future weight change in the Millennium Cohort Study. *Obesity* 2015, 23: 886-92.
40. American Cancer Society. *Coping with the loss of a loved one*; 2016. 9p. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002826-pdf.pdf>.
41. Okamoto S, Sato T, Tateyama M et al. Activation of AMPK-Regulated CRH Neurons in the PVH is Sufficient and Necessary to Induce Dietary Preference for Carbohydrate over Fat. *Cell Reports* 2018; 22(3): 706-21. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2017.11.102>
42. Campos MTFS, Valente FMQ, Araújo RMA, Bressan J. Luto e cardiomiopatia de Takotsubo: resposta neuroendócrina e conduta nutricional. *Rev. Assoc. Med. Bras*. No prelo, 2018.
43. Griffin G D, Charron D, Al-Daccak R. Post-traumatic stress disorder: revisiting adrenergics, glucocorticoids, immune system effects and homeostasis. *Clin Transl Immunology*. 2014; 3(11): e27. doi: 10.1038/cti.2014.26
44. Dietz LJ, Stoyak S, Melhem N, Porta G, Matthews KA, Walker Payne M et al. Cortisol Response to Social Stress in Parentally Bereaved Youth. *Biol Psychiatry* 2013; 73(4): 379-87.
45. Gonçalves JTT. *Luto parental em situações de morte inesperada: reações à perda, estratégias de coping e percepção de qualidade de vida*. [Dissertação]. Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia; 2014.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. NOVO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA (Versão para consulta pública). 2014. (lançamento em 2014). Disponível em: [http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/Brazils-Dietary-Guidelines\\_2014.pdf](http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/Brazils-Dietary-Guidelines_2014.pdf)

47. Azevedo AKS, Pereira MA. O luto na clínica psicológica: um olhar fenomenológico. *Clínica & Cultura* [online] Jul-Dez 2013 [20 Dez 2017], 2(2): 54-67. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/viewFile/1546/1695>
48. Feldman C, Miranda ML. *Construindo a relação de ajuda II*. 17 ed. Belo Horizonte: Editora CEAP; 2013.
49. Bellisle F, Drewnowski A, Anderson GH, Westerterp-Plantenga M, Martin CK. Sweetness, satiation, and satiety. *J Nutr*. 2012; 142(6): 1149S-54S. doi: 10.3945/jn.111.149583.

#### 4. CONCLUSÕES GERAIS

O estudo confirmou a condição de vulnerabilidade alimentar e nutricional de mães com vivência em perda de filho(a), indicando as tendências alimentares manifestadas no luto recente que se sobrepuseram ao desejo de se alimentar e as restrições que podem persistir aos anos.

O protocolo de condutas para conduzir a investigação alimentar de enlutados favoreceu a aderência das mães ao inquérito, fornecendo informações contundentes que permitiram avaliar as implicações do luto na alimentação. As observações detectadas da aplicabilidade deste protocolo consolidaram os cuidados salientados com a abordagem alimentar de enlutados, com base no tempo de luto, estágios de reação, distinção da perda, e padrão de personalidade. O protocolo proposto propicia obtenção de informações adequadas ao enlutamento e ao enlutado, além de gerar conhecimentos que direcionam intervenções nutricionais mais aplicáveis a cada situação.

Os resultados suportam as evidências de que, nos primeiros meses de luto, prepondera o emagrecimento intenso e que a manifestação do ganho de peso ocorre depois de transcorrido um tempo de luto.

A condição de ter mais filhos foi um fator que preponderou nas reações destas mães perante a aceitação do alimento, a permanência da culinária familiar e da sua presença à mesa de refeições, sugerindo que, as decisões alimentares sustentaram-se nas relações com o mundo compartilhado e na representação do materno. Em presença da experiência existencial com o filho único falecido, observou-se que as chances de restrições alimentares foram maiores quando comparadas às mães de mais filhos.

De fato, a morte de um(a) filho(a) impõe às mães a necessidade de reorientar o sistema alimentar pessoal para que o prazer com a alimentação possa ser restabelecido em consonância com esta vivência. Os resultados mostraram que, mesmo com o passar dos anos, há restrições alimentares que se sobrepuseram ao tempo de óbito do(a) filho(a) e que em datas críticas de tributo à memória destes filhos, novamente, foram instituídas alterações nas sensações hedônicas da alimentação e na ingestão alimentar de mães.

Concluiu-se que a relação de mães com vivência em perda de filho com a alimentação é permeada de conflitos que a expõe a risco de desvios nutricionais e demanda apoio com profissionais sensíveis e esclarecidos sobre essa condição.

## **5. PERSPECTIVAS FUTURAS**



A realização de outros estudos para ampliar o conhecimento sobre o comportamento alimentar de mães com vivência em perda de filho(a) especialmente abrangendo mães não frequentadoras de Organizações não-governamentais de apoio e de enfrentamento ao luto podem contribuir para comparação e generalização dos resultados encontrados neste estudo.

Fazer as análises de marcadores bioquímicos e a associação das análises das concentrações séricas de hormônios do estresse, de citocinas (Interleucinas 1 e 6; Fator de Necrose Tumoral alfa) e de enzimas do estresse oxidativo no plasma (catalase; superóxido dismutase e glutathione peroxidase) com o comportamento alimentar de mães enlutadas, para ampliar os conhecimentos a respeito da resposta neuroendócrina.

Ambas as considerações podem dar suporte às análises inerentes à resposta alimentar ao estresse da perda de filho(a). De posse desses conhecimentos é possível alicerçar novas discussões no campo da ciência da nutrição e do comportamento alimentar de indivíduos recém-enlutados, com vista a promoção de ações direcionadas à saúde deste grupo.



## ANEXO 1: Aprovação do Comitê de Ética

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - UFV</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> Resposta neuroendócrina no estresse pós-traumático e comportamento alimentar em enlutadas		
<b>Pesquisador:</b> Raquel Maria Amara Araujo		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 2		
<b>CAAE:</b> 45311215.0.0000.5153		
<b>Instituição Proponente:</b> Departamento de Nutrição e Saúde		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 1.235.710		
<b>Apresentação do Projeto:</b> Trata-se de elaboração de parecer para verificação de cumprimento de pendência estabelecida pela Plenária do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Portanto, a apresentação do Projeto foi realizada anteriormente.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b> Os objetivos foram apresentados anteriormente.		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b> Realizada essa avaliação anteriormente.		
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b> Realizados anteriormente.		
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> Todos os pendências foram superadas.		
<b>Recomendações:</b> Quando da coleta de dados, o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa ou responsável legal, bem como pelo pesquisador responsável, ou pessoa(s) por ele delegada(s), devendo todas as		
<hr/>		
<b>Endereço:</b> Universidade Federal de Viçosa, Campus Arthur Bernardes, s/nº - Inferno		
<b>Bairro:</b> Campus Universitário		<b>CEP:</b> 36.570-000
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> VIÇOSA	
<b>Telefone:</b> (31) 3249-2402	<b>E-mail:</b> cep@ufv.br	

Continuação do Parecer: 1.256.710

assinaturas constar na mesma folha.

Não é necessário apresentar os TCLEs assinados ao CEP/UFV. Uma via deve ser mantida em arquivo pelo pesquisador e a outra é do participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site [www.cep.ufv.br](http://www.cep.ufv.br)). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos.

Projeto analisado durante a 4ª reunião de 2015.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Plataforma Brasil 2015 28 abr2015.pdf	28/04/2015 18:54:20		Acelto
Outros	Carta de anuência API.pdf	28/04/2015 19:01:03		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO_504961.pdf	28/04/2015 19:22:58		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - maio 2015.pdf	20/05/2015 16:15:28		Acelto
Outros	QFA_Adulto.pdf	20/05/2015 18:42:32		Acelto
Folha de Rosto	Folha de rosto para pesquisa.pdf	20/05/2015 18:57:48		Acelto
Outros	carta de anuência GAPER.pdf	20/05/2015 19:07:26		Acelto
Outros	Questionário - Semanário alimentar - pdf.pdf	20/05/2015 20:44:58		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO_504961.pdf	20/05/2015 20:48:13		Acelto
Outros	Formulário - Escalas de registro das sensações alimentares.pdf	06/07/2015 14:45:13		Acelto
Outros	Questionário Socioeconômico e Demográfico.pdf	10/07/2015 11:43:29		Acelto

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Edifício Arthur Bernardes, piso inferior

Bairro: Campus Universitário CEP: 36.576-000

UF: MG Município: VIÇOSA

Telefone: (31)3866-2492

E-mail: [cep@ufv.br](mailto:cep@ufv.br)

Continuação do Parecer: 1.236/10

Outros	DADOS RELATIVOS AO FILHO E AO	10/07/2015		Aceito
Informações Básicas do Projeto	EVENTO DA PERDA.pdf	15:27:01		
	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	10/07/2015		Aceito
	ROJETO_5049611.pdf	15:49:52		
Outros	FasesdoLuto.pdf	08/09/2015	Maria Teresa Flaiho de Sousa Campos	Aceito
	modificado.pdf	17:42:48		
Outros	RoteirodaEntrevistaAberta.pdf	08/09/2015	Maria Teresa Flaiho de Sousa Campos	Aceito
	modificado.pdf	17:58:53		
Outros	Recordatorio24Horas.pdf	08/09/2015	Raquel Mara Amaral Araujo	Aceito
	modificado.pdf	19:57:35		
Outros	FichadeRegistrodeConsumoAlimentar	09/09/2015	Maria Teresa Flaiho de Sousa Campos	Aceito
	modificado.pdf	09:57:20		
Outros	EscalasdeClassificacaodaDorm	09/09/2015	Raquel Mara Amaral Araujo	Aceito
	modificado.pdf	10:56:30		
Outros	FichadeRegistrodeDadosAntropometrico	09/09/2015	Raquel Mara Amaral Araujo	Aceito
	modificado.pdf	19:58:53		
Outros	CaracterizaçãodaEntidadeeDadosRelati	10/09/2015	Raquel Mara Amaral Araujo	Aceito
	vosaoFilhoaoEvento-da-Perda	17:16:04		
	modificado.pdf			
Outros	cartaresposta.pdf	10/09/2015	Raquel Mara Amaral Araujo	Aceito
		17:33:19		
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	11/09/2015		Aceito
	ROJETO_5049611.pdf	10:41:48		

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VIÇOSA, 21 de Setembro de 2015

Assinado por:  
Patrícia Aurélla Del Nero  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Edifício Arthur Bernardes, piso inferior  
Bairro: Campus Universitário CEP: 35 570-900  
UF: MG Município: VIÇOSA  
Telefone: (31)3509-3492 E-mail: cep@ufv.br

## ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Estou ciente de que:

A pesquisa intitulada “Estudo do Comportamento Alimentar de Mães Com Vivência em Perda de Filho(a)” objetiva identificar a influência do luto materno no comportamento alimentar, mediante entrevistas abertas e diretas.

Tenho pleno conhecimento de que os procedimentos que serão adotados na pesquisa constam de: entrevista aberta; aplicação de questionários (socioeconômico, demográfico, dietético, escalas de dimensão da dor) e avaliação antropométrica (peso, estatura, pregas cutâneas e perímetros corporais). O tempo previsto para as entrevistas é de 50 a 60 minutos. Fui informada de que as entrevistas serão realizadas no meu domicílio, conduzida por um único entrevistador credenciado na pesquisa.

A situação pertinente à entrevista também será minimizada pela busca de autorização prévia; pela garantia de sigilo das informações; pela garantia de privacidade no momento da entrevista; e pela postura interpessoal construtiva do entrevistador.

Minha participação é voluntária, sendo assim, não receberei nenhuma forma de indenização ou remuneração. Tenho, ainda, a liberdade de me recusar a participar ou retirar-me em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou constrangimento.

A pesquisa favorecerá o aprimoramento da abordagem e da assistência nutricional aos enlutados. Obterei informações e conhecimentos sobre os cuidados com alimentação e terei acesso aos meus resultados, com as devidas explicações e orientações que se fizerem necessárias.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, e depois desse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a minha identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Tenho assegurada a garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Se houver descumprimento de qualquer norma ética poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UFV, pelo endereço: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Universidade Federal de Viçosa, Edifício Arthur Bernardes, piso inferior, Av. PH Rolfs, s/n - Campus Universitário, Viçosa/MG. CEP: 36570-900. Telefone: (031) 3899-2492; e-mail: cep@ufv.br.

De posse dessas informações e dos esclarecimentos recebidos, concordo em participar da pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Viçosa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

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

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

Contato do participante

(Telefone/Celular/whatsapp): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**Pesquisadora responsável:** \_\_\_\_\_

Maria Teresa Fialho de Sousa Campos

Contatos: Departamento de Nutrição e Saúde, campus Viçosa, Minas Gerais da UFV.

Telefone: (31)38993739; celular: (31) 98637-8485; e-mail: mtcampos@ufv.br

**Orientadora da pesquisa:** \_\_\_\_\_

Raquel Maria Amaral Araújo  
Profa. Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde  
Universidade Federal de Viçosa - UFV

**Nota de esclarecimento:** este termo de consentimento foi impresso em duas vias. Uma via é para a participante da pesquisa e a outra será mantida em arquivo pela pesquisadora, no Departamento de Nutrição e Saúde/campus Viçosa/UFV.

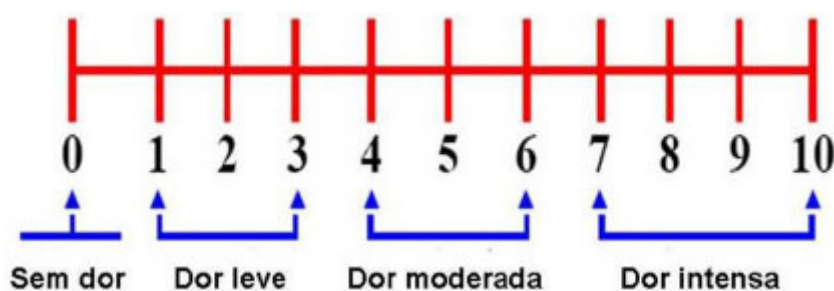
### ANEXO 3: Escalas de Avaliação da Dimensão da Dor

Tendo em vista que a dor é algo subjetivo e que cada pessoa se expressa de forma diferente, apresenta-se duas escalas para avaliação da dimensão da dor<sup>1,2</sup>. A combinação destas escalas é indicada para se ter uma dimensão da dor sentida por alguém. Por isso, antes de você escolher e marcar uma das alternativas apresentadas reflita, um pouco, sobre estes questionamentos:

- *O luto pelo(a) seu(sua) filho(a) lhe impôs dor?*
- *Como você dimensiona a dor da perda?*

Estando consciente de seus pensamentos e ações, dentre as opções apresentadas, para cada escala, marque aquela que mais representa a dimensão da dor, diante do seu luto.

**Escala Visual Numérica (EVN):** esta escala objetiva a quantificação da intensidade da dor através de escores que variam de zero a dez. Consiste numa régua dividida em onze partes, numeradas em ordem crescente<sup>1</sup>. **Você deverá fazer a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica.** Zero (0) corresponde a “Ausência de Dor” ou “Sem Dor”; e Dez (10) a “Dor de Intensidade Insuportável”. Para marcar a sua opção, **leia o enunciado do quadro que se encontra ao lado da escala e faça um círculo na numeração correspondente a sua dor.**



#### CLASSIFICAÇÃO DA DOR:

1. Zero (0) = ausência de Dor ou sem Dor.
2. Um a três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade.
3. Quatro a seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada.
4. Sete a nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade.
5. Dez (10) = Dor de intensidade insuportável.

**Fonte da ilustração da EVN:** Fortunato et al. (2013)<sup>1</sup>, p.114. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=426](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426)

**Escala Comportamental:** fundamenta-se na avaliação comportamental da pessoa diante da dor. Atribuiu-se uma nota questionando a lembrança da dor em função das atividades da vida diária<sup>2</sup>. Para marcar a sua opção, **observe a escala abaixo, leia com atenção o enunciado correspondente a cada nota, reflita sobre o seu dia-a-dia e dê a sua nota.**

<b>NOTA ZERO (0)</b>	Dor ausente ou sem dor.
<b>NOTA TRÊS (3)</b>	Dor presente, havendo períodos em que é esquecida.
<b>NOTA SEIS (6)</b>	A Dor não é esquecida, mas, não impede exercer as atividades de vida diária.
<b>NOTA OITO (8)</b>	A Dor não é esquecida e atrapalha as atividades de vida diária.
<b>NOTA DEZ (10)</b>	A Dor está presente em tudo e não pode ser ignorada, interferindo substancialmente nas atividades de vida diária.
<b>NOTA:</b>	

**Fonte da Escala Comportamental adaptada de:** Fundação Antônio Prudente, Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer. *Saúde em movimento* 2002. Disponível em:

[http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_exibe1.asp?cod\\_noticia=39](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=39)

Nota: nesta escala comportamental, considerando que o luto é uma vivência pessoal com particularidades diversas, nas atividades de vida diária estão contempladas também a alimentação, a higiene pessoal e os cuidados com a saúde.

---

### Referências:

1. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto - Terapia Intensiva* 2013; 12(3): 110-117. doi:10.12957/rhupe.2013.7538. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=426](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426)
2. Fundação Antônio Prudente, Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer. Dor – Mensuração. *Saúde em movimento* 2002. Disponível em: [http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_exibe1.asp?cod\\_noticia=39](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=39)

## APÊNDICE 1: Caracterização da Mãe e Dados Relativos ao(a) Filho(a) Falecido(a) e a Causa do Óbito

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

Voluntária do estudo: \_\_\_\_\_

### PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DA MÃE

Este questionário tem como objetivo conhecer alguns aspectos que permitirão a caracterização do perfil das mães entrevistadas.

**Lembrando que todos os dados são confidenciais.**

#### Estado Civil

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Solteira   | <input type="checkbox"/> Casada        | <input type="checkbox"/> Viúva                      |
| <input type="checkbox"/> Divorciada | <input type="checkbox"/> União estável | <input type="checkbox"/> Separada não judicialmente |

#### Renda Mensal Individual (SM)

- |                                   |                                       |                                   |                                   |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma  | <input type="checkbox"/> até 1 SM     | <input type="checkbox"/> 2 a 3 SM | <input type="checkbox"/> 4 a 6 SM |
| <input type="checkbox"/> 7 a 9 SM | <input type="checkbox"/> $\geq 10$ SM |                                   |                                   |

#### Renda Mensal Familiar (SM)

- |                                   |                                       |                                   |                                   |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma  | <input type="checkbox"/> até 1 SM     | <input type="checkbox"/> 2 a 3 SM | <input type="checkbox"/> 4 a 6 SM |
| <input type="checkbox"/> 7 a 9 SM | <input type="checkbox"/> $\geq 10$ SM |                                   |                                   |



### Escolaridade

<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo	<input type="checkbox"/> Pós-Graduação

### Informações Familiares – Quantas pessoas moram com você?

<input type="checkbox"/> Moro sozinha	<input type="checkbox"/> Uma a três	<input type="checkbox"/> Quatro a seis
<input type="checkbox"/> Sete a nove	<input type="checkbox"/> Dez ou mais	

### Composição Familiar

Número de componentes família	de na	Grau de parentesco	Idade	Condição de existência legal da pessoa (Vivo ou Falecido)

### Ocupação

<b>Do Lar:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>Possui Emprego:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, especificar: _____ _____
--	---

Após o falecimento do filho(a) você conseguiu manter a sua ocupação, seja no lar ou no emprego? SIM NÃO. Como foram os primeiros meses?

---

---

---

### **Caracterização do tipo de ajuda ou apoio recebido**

Recebeu algum tipo de ajuda para enfrentar a sua perda? ( )SIM ( )NÃO.

Se sim, especificar:

---

Precisou entrar de licença médica? ( )SIM ( )NÃO. Se sim, por quanto tempo?

---

Ou, ainda se encontra afastada da sua ocupação? ( )SIM ( )NÃO.

---

Você recebeu apoio familiar e social, depois da perda do seu filho(a)?

Fale-me sobre isso. ( )SIM ( )NÃO.

---

---

---

Quando procurou por ajuda?\_\_\_\_\_

Que tipo de ajuda?\_\_\_\_\_

Quando começou a frequentar o grupo de apoio a enlutados?\_\_\_\_\_

### **Dados Relacionados à Condição de Saúde da Mãe**

Presença de doenças antes do luto? ( )SIM ( )NÃO.

---

---

Se sim, houve agravamento de doenças? ( )SIM ( )NÃO.

---

---

Doenças auto-referidas, após o luto do filho(a):

---

---

Uso de Medicamentos? ( )SIM ( )NÃO.

(Se sim, especificar a medicação, identificar a posologia, os horários e a razão para o uso).

---

---

---

Cuidados com a saúde? ( )SIM ( )NÃO. (especificar)

---

---

Identificação da personalidade (referindo-se aos padrões adaptativos de comportamento)

---

---

---

---

---

---

---

**PARTE 2 - Dados relativos ao(a) filho(a) falecido(a) e causa do óbito**

**50. Dados Pessoais do filho(a) falecido(a)**

Nome:	
Data de nascimento:	Data de falecimento:
Que idade ele(a) tinha:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

**51. Filho único?** ( )SIM ( )NÃO

**52. Causa do óbito:**\_\_\_\_\_

**53. Tempo de luto:**\_\_\_\_\_

**54. Ocupação do filho(a) falecido(a), se for o caso:**\_\_\_\_\_

Se, ele(a) tinha alguma ocupação, contribuía com a renda familiar (especificar)\_\_\_\_\_

---

**55. Como você me descreveria seu filho(a)?**

---

---

---

---

---

**56. Como foi dada a notícia da morte do seu filho(a)?**

---

---

**57. O que você sentiu ao receber esta notícia?**

---

---

**58. Você se despediu do seu filho(a)? Participou do velório e do enterro?**

---

---

**59. Quais sentimentos e emoções você tem vivenciado devido a esta perda?**

---

---

**60. Esta vivência com o luto de filhos influenciou na sua experiência de vida? De que maneira?**

---

---

**61. Já ocorreram outras perdas anteriores a esta? De quem? Quantas?**

---

---

---

---

**62. Certos eventos, como a data de aniversário do filho(a), a data de falecimento, dentre outras datas importantes, têm implicações na sua alimentação?**

**Fale-me sobre isso?**

---

---

---

---

---

**63. Identificam-se sinais de término do luto? ( )SIM ( )NÃO, Por quê?**

---

---

---

---

---

## APÊNDICE 2: Ficha de Registro dos Dados Antropométricos

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade (anos): \_\_\_\_\_

Antropometrista: \_\_\_\_\_

Voluntária do estudo: \_\_\_\_\_

### 64. Dados Antropométricos

#### A.1. Peso corporal

Peso registrado (Kg)		Perda de peso: ( )SIM ( )NÃO Quantidade em KG: Em quanto tempo em meses:
Peso habitual (Kg) (antes do luto).		
		Ganho de peso: ( )SIM ( )NÃO Quantidade em KG: Em quanto tempo em meses:

#### A.2. Estatura

Em cm:	Em m:
--------	-------

#### A.3. Índice de Massa Corporal - IMC

IMC atual* *após o falecimento do filho(a).		Classificação do Estado Nutricional:
IMC habitual** **antes do luto.		

#### A.4. Perímetros (cm)

Perímetro Braquial (PB)	
Perímetro da Panturrilha (PP)	
Perímetro Abdominal (PA)	
Perímetro do Quadril (PQ)	

#### A.5. Pregas Cutâneas – PC

Prega Cutânea Bicipital (PcB)	
Prega Cutânea Tricipital (PcT)	
Prega Cutânea Suprailíaca (PcSi)	
Prega Cutânea Subescapular (PcSE)	

**Somatório das 4 Pregas**

$\Sigma =$

#### A.6. Percentual de Gordura Corporal - %GC

A.6.1. %GC pelo Somatório das Pregas Cutâneas ( $\Sigma$ PC):

A.6.2. %GC pelo Aparelho de Bioimpedância elétrica (BIA):

A.6.3. Cálculo do Percentual de Gordura Troncular:

### APÊNDICE 3: Categorização das falas do Artigo 2.

Quadro 1 – Relatos da sensação de fome e do prazer com o ato de alimentar-se nos meses subsequentes ao falecimento do(a) filho(a).

Mãe	Trechos Selecionados
M1	<i>Eu alimentava melhor. Hoje, não tenho vontade de comer. Tinha prazer de tá todo mundo junto. Hoje [pausa]. Não é a mesma coisa. Tá tudo diferente né (...).</i>
M2	<i>A sensação que eu tinha era de um bolo, eu não conseguia engolir. Não conseguia deglutir. Quando eu estou muito impactada, eu não como. Eu não conseguia comer. Realmente, não conseguia (...). Eles [os familiares] insistiam. Porque eles [os familiares] perceberam que eu não queria comer. Eu tinha a informação de beber algo... Mas, alimento, não conseguia comer. Era intragável. A sensação de aperto na garganta era muita. É incrível, porque eu não sentia fraqueza pela falta da comida. A vida se encarregou de colocar o ritmo no seu lugar (...).</i>
M3	<i>Sede, eu tinha muita sede. Nos primeiros dias, meses, não tinha vontade de comer. Mas, aos poucos eu fui voltando. Eu sabia que tinha que reagir. Não podia me entregar, o esteio da família é aqui [ela, a mãe]. Eu tenho uma influência muito grande sobre eles aqui. Eu tinha que voltar ao normal. Fazer a vida da minha família voltar ao normal. Eu tinha... [choro]. (...) Se eu começasse a não me alimentar, a ficar nos cantos [choro]. Eu tinha que sobreviver... Alimentava, mesmo sem fome. Eu tinha que reagir(...).</i>
M4	<i>No dia que ele morreu, eu lembro de ter só almoçado. Naquela noite [referiu-se ao velório] eu não comi nada. Quando eu vim para casa, me deram algo para comer. Mas, tudo que comia, voltava. Tanto é que na Missa de Sétimo Dia dele eu estava no hospital. E, aí eu apaguei, ou, me apagaram... Creio que fiquei no soro. Saía e retornava [ao hospital] (...). (...) Vinha marmitex, eu remexia e não comia. Não sentia vontade de comer. Algo me saciava. Havia uma sensação na garganta... Era uma sensação de algo parado... Nada que te oferece, nem mesmo a comida te trás bem estar. A única coisa que eu queria era a presença do meu filho comigo. Eu lembro que eu pensava, eu tenho que me alimentar, pois, eu tenho um pequeno [outro filho] para cuidar. Eu não alimento mais na mesma quantidade. Isso mudou...</i>
M5	<i>No início, eu tive um pouco de raiva. Meu filho morreu, por que eu tenho que comer? Eu não importava na época, só pensava: meu filho está morto. Comia qualquer coisa. Substitua o almoço por pão, biscoito... Eu não dormia a noite. Comia muito porcaria, biscoito recheado, substituindo a refeição por qualquer coisa. Eu achava que era egoísmo da minha parte. Pra que me preocupar com uma alimentação saudável, se meu filho não estava comigo. Eu era muito fissurada na parte da alimentação saudável. Depois que filho morreu, eu achava que nada valeu. Do que valeu tanto esforço, tanto dedicação (...). Eu acho que eu estou me curando, novamente. Acho que estou com outra visão. Hoje, eu acho que comer direito é melhor ainda. É o viver.</i>
M6	<i>Engolir foi por necessidade, passei a tomar antidepressivo, tive que comer. Dava um nó na garganta, até hoje. Pra comer e até pra tomar banho, eu não tinha vontade. Um dos filhos me disse: fulano foi embora, mas, nós somos seus filhos também (...). Comia pra manter em pé e, também, por causa do antidepressivo. É inexplicável entala a gente. Não desce nada. É intragável. Por causa dos outros, eu voltei.</i>
M7	<i>A gente não sente fome. A boca fica ruim e dá um nó na garganta... Eu não conseguia comer. Fiquei bastantes dias sem comer (...). Você simplesmente come, porque as pessoas dão pra você comer. Não tinha fome. Sirvo um pouquinho, porque sei que eu tenho que alimentar [pausa]. Eles [os familiares] me davam algo pra beber. Não sabia nem o que estava tomando. Eu comia sem saber o que estava alimentando. Tenho, ainda, muita tristeza, por que eu como e ele não? É isso que eu sinto (choro). Na hora que eu vou comer, eu fico pensando nele, onde ele está. Onde, eu deixei ele... Naquele lugar fechado [choro]. Mas, a gente precisa comer (...).</i>

Quadro 1. Continuação.

Mãe	Trechos Selecionados
M8	(...) No início a gente perde o apetite. Perde até o gosto. No início, você não consegue nem engolir; a garganta trava... Como se tivesse algo parado ali... Mas, com o tempo vai retornando. Mas, com certeza mudou também meu tempo da refeição. Hoje, eu não consigo comer depressa, para ter mais tempo com as pessoas. Isso a morte me ensinou (...).
M9	(...) Eu não tinha fome. Tive que me forçar a comer, mesmo sem fome. Estava fraca e sem fome(...). A boca fica seca... A garganta fica como se tivesse um novelo de fio enrolado... Entala... Líquidos descem mais fácil (...).
M10	(...) Esta morte bloqueia a fome. Você come porque te oferecem. Insistem... Porque colocam comida na sua boca. Você come pouco e mal (...).
M11	Você não quer comer. A vontade, simplesmente, não existe. É inconcebível com a dor de perder um filho (...). Hoje, consigo comer.. Quantidades menores. Tudo tem um sabor diferente. Ficou diferente... [pausa]. Hoje, tenho fome (...).
M12	A perda de um filho mexe com tudo. Fome, acho que não senti. Você tem uma sensação de estar saciado, cheio, de alguma forma, tamanho... Tamanho sofrimento... É como se a garganta estivesse fechada pra tudo. A garganta entala e o corpo dói e dói(...). A família... A família te força a comer.
M13	No período da dor mais intensa, não sentia nenhuma fome. A dor é tanta que você se esquece de tudo, até de comer. Comia alguma coisa... Poucas quantidades... Beber é mais fácil. Líquido desce melhor. Quando a gente não tem fome, é mais fácil beber do que comer (...). Tenho uma vida diferente daquela que planejei, mas, é uma vida. Uma vida sem ela, mas uma vida (...).
M14	(...) Eu alimentava bem. Cuidava da alimentação. Fazia as refeições em horários certos. Depois do ocorrido... [pausa]. Não queria comer (...). O alimento não desce... A garganta fecha... Você quebra jejum. Quebra jejum... Bebia algo. Era um pouco de café, de leite, ou, um suco... Goles forçados. Bebia sem vontade, mas bebia (...).
M15	(...) No começo, não tinha vontade de comer. Eu olhava a comida e remexia a comida no prato. Fingia estar comendo pelos outros. Tenho outros filhos. Tenho uma família. Foi muito sofrível... Desesperador. O sofrimento é maior do que a fome (...).



Quadro 2 – Relatos do peso corporal, antes e após a morte do(a) filho(a).

Mãe	Trechos Selecionados
M1	<i>No primeiro ano, emagreci muito. Eu pesava 55 Kg... Quase 55 Kg... Fui pra 49 Kg em poucos meses... Nos primeiros meses (...).</i>
M2	<i>(...) Eu estava num processo de retornar o meu peso, antes do ocorrido. A partir dali [referindo-se à morte da filha], ao retornar aos vigilantes do peso, eles nem me pesaram, tiveram esta prudência. Eu não medi a perda (...). Eu não conseguia comer. Tinha cuidado de beber alguma coisa. Eu tive uma perda de peso muito significativa (...).</i>
M3	<i>(...) No início eu perdi muito peso. Cheguei a perder uns 6 a 8 Kg. No princípio, eu não queria comer. Isso aconteceu não só comigo. Aconteceu com todos daqui de casa. Ninguém queria comer (...). Os intervalos, no início, ficaram mais longos entre uma refeição e outra; não tinha fome (...). Depois, cheguei a adquirir muito peso. Depois de um tempo, adquiri muito peso. Depois de um ano, mais ou menos. Quando faltava alguma coisa, eu ia em cima da comida. Buscava o que faltava na alimentação. Principalmente, doces de chocolate. Como eu comi chocolate. Era a minha fuga (...).</i>
M4	<i>Eu peso 51,5 Kg. Eu fui a 41 Kg. Eu sou magra, mas, eu me sentia magra. Eu olhava meu rosto e sentia que estava com o rosto fundo. No início, me incomodava olhar no espelho (...). Eu tinha que dar um jeito pra sacudir tudo e parar em pé (...).</i>
M5*	<i>Eu pesava 72 Kg, cheguei a emagrecer, mas, não sei quanto (...). Morte influencia na alimentação, com isso, eu me maltratei. A pessoa quando está muito triste, ou, ela come demais, ou, ela come de menos (...). Hoje, 92,5 Kg, 20 Kg em cinco anos.</i>
M6	<i>Emagreci. Emagreci muito. Dei depressão profunda. Só gritava, dia e noite. Fui parar em 50 Kg, custei a recuperar. Desnutri naquele dia, só chorava (...).</i>
M7	<i>Eu emagreci muito. Com um mês perdi 20 Kg. O cabelo caiu muito, tive que cortar o cabelo curtinho. Ainda, está ralo... Hoje, eu enchi um pouquinho, mas, ainda, não cheguei ao meu peso (...).</i>
M8**	<i>Não alimentava direito. Mas, não cheguei a perder. Acho que mantive o peso por uns dois anos. Depois... Eu ganhei peso, mas, também, parei de fumar. Com isso ganhei peso (...).</i>
M9	<i>Meu peso varia de 64 a 66 Kg. Cheguei a 50 Kg em dois meses. Eu sequei... No início, a comida passa a não ter mais importância. Esse é o pior pesadelo de uma mãe (...). Depois de uns dois anos, fui retornando ao peso normal.</i>
M10	<i>Antes de tudo, pesava 79 Kg. Nos primeiros meses, cheguei a pesar 62 Kg. Quando estou triste, não consigo comer. Não tem tristeza maior que enterrar um filho. Você se recupera depois de um tempo. Leva tempo (...).</i>
M11	<i>Como fiquei magra. Pedir uns 15 Kg em poucos meses. Definhei... Definhei (...).</i>
M12	<i>Ninguém queria comer. Não era só eu. Não era só eu(...). Cheguei a ficar com 58 Kg. Meu peso é 69... 70 Kg(...). Não sentia vontade de comer. Enterrei um filho, como ter vontade (...).</i>
M13	<i>Lembro de ter perdido muito peso. Não conseguia nem me olhar no espelho. Não sei quanto eu perdi. Sei que perdi muito. Minhas roupas ficaram folgadas. Pesar pra quê? Não ia fazer diferença (...).</i>
M14	<i>Nunca perdi tanto peso. Não pesei. Fiquei seca por dentro e por fora (...).</i>
M15	<i>Emagreci muito. Quando me vi no espelho, não me via. Aquela não era eu... Mas, era eu... Era eu... Consumida e destruída (...).</i>

\*Relata emagrecimento no início do enfrentamento do luto e um ganho de peso expressivo, depois.

\*\*Com o falecimento do filho, essa mãe teve intensa perda óssea dentária, que, resultou na necessidade de implantes dentários. Depois de dois anos de luto, ganhou peso.

Quadro 3 – Relatos relacionados ao ato de compartilhar as refeições, antes e após o falecimento do(a) filho(a).

Mãe	Trechos Selecionados
M1*	<p><b>Antes do luto:</b> (...) A gente alimentava bem... Tinha dia que montava a mesa, a gente alimentava bem. Tinha prazer de tá todo mundo junto. Hoje [pausa](...).</p> <p><b>Após o luto:</b> Eu alimentava melhor... Hoje... Não tenho vontade de comer nada... Alimento menos... Faço as refeições com ele (o esposo). Espero por ele (...). Parece que tá faltando presença... Presença... [se silencia](...).</p>
M2*	<p><b>Antes do luto:</b> (...) O padrão é o almoço com este tempo de refeição comum. O período do almoço é o que era mantido (...). É um bem-estar... Bem-estar...</p> <p><b>Após o luto:</b> Mas, é lógico que isso fica muito mais valorizado depois que a mesa encolheu (...). O tema morte, hoje, faz parte de nossa mesa de refeições. Era um tema antes não falado (...).</p>
M3*	<p><b>Antes do luto:</b> (...) A rotina aqui era a mesma coisa... De manhã, todo mundo tomando café junto, sem aquela cobrança de cada um. O almoço normal, todo mundo junto. Comida simples, caseira.</p> <p><b>Após o luto:</b> (...) Depois do fato [pausa]. A partir do momento que eu fui me conscientizando que eu tinha uma perda, mas não podia impor neles mais perdas... Eu reagi. Eu tinha que reagir... A rotina continua a mesma, apenas a falta dele... Apesar da falta dele... A falta dele... [pausa; choro] (...).</p>
M4*	<p><b>Antes do luto:</b> Bom, a alimentação com ele sempre foi mais alegre. Ele [filho falecido] já chegava e olhava se tinha alguma coisa que ele gostava. Alimentávamos de forma mais tranquila. Era um momento bem agradável.</p> <p><b>Após o luto:</b> No começo, eu não relatava com ninguém, mas era lembrar... Pensei muito no outro [referindo-se a outro filho]. Até pelo pequeno, ele podia pensar: minha mãe só pensa no meu irmão? Não pensa em mim?</p>
M5**	<p><b>Antes do luto:</b> Comer juntos sempre foi o almoço. Só que eu não consegui isso com “x” [pronuncia o nome do filho]. Ele era especial. Para ele alimentar, eu fazia uma ginástica. Ai, o horário de refeição dele era diferente do nosso. Quantidades pequenas, mais vezes ao dia.</p> <p>(...) Eu e meu esposo juntos, mas, meu marido levantando a toda hora para ver ele [o filho]. Ele se levanta várias vezes, para ver se tava tudo bem. Eu ficava mais irritada com isso. Isso me irritava, profundamente.</p> <p><b>Após o luto:</b> Sentar à mesa sem a vigilância do “x” [o filho] [pausa]. Por muitas vezes foi tristeza, tensões... Eu não queria cozinhar. A casa ficou doente... Ficou triste... Não sei especificar o tempo, mas, eu sei que foi muito ruim. No início, meu marido foi comer fora, em restaurantes. Eu não queria cozinhar, deixava queimar, passar do ponto. Tudo ficava ruim. Depois de uns quatro anos, eu fui voltando a cozinhar e a sentar a mesa.</p> <p>(...) Eu consegui isso com ele [o esposo]. Almoçar juntos. Hoje, ele até está aceitando o que é saudável. Hoje, ele me chama para almoçar com ele.</p>
M6*	<p><b>Antes do luto:</b> Comia junto, mas cada um no seu canto. Eu não tinha uma mesa. Comia perto, mas cada um no seu canto (...). Só adquirir mesa depois que ele [referiu-se ao filho falecido] se foi (...).</p> <p><b>Após o luto:</b> É raro acontecer de comer junto, hoje. Às vezes ao domingo. Hoje, eu e meu esposo (...).</p>
M7*	<p><b>Antes do luto:</b> Eu almoçava sempre com ele. Jantar todos juntos. Eu fazia a comida que ele gostava de comer. Eu e ele mais juntos. Sempre juntos. Ele dava mais valor [choro].</p> <p><b>Após o luto:</b> O paladar é horrível. Você vai preparar, por numa mesa e a pessoa que você ama não está lá. Pra mim, está sendo muito difícil [choro]. Eu cheguei numa celebração, a colocar o prato pra ele (...). Mas, me esforço pelas meninas...</p>

\*depoentes mães de mais filhos; \*\*mãe de filho único falecido.

Quadro 3. Continuação.

Mãe	Trechos Selecionados
M8*	<p><b>Antes do luto:</b> (...) <i>Aqui em casa sempre tivemos o hábito de fazer refeições juntos. Sempre foi uma vontade de todos (...).</i></p> <p><b>Após o luto:</b> (...) <i>À medida que você vai tomando a consciência da morte... As coisas vão voltando... Eu não podia deixar a tristeza tomar conta. A Dona da casa não podia ser tristeza... Eu não podia sentar a mesa e começar a chorar. Eu tenho uma família. Eu busquei sempre pessoas... Busquei encher a casa de pessoas... Ou, você se arrasta... Ou, passa a vida rastejando, ou, você se levanta. Essas são as duas opções! Eu escolhi. Quando você perde uma mãe, você perde a referência... Eu escolhi. (...) Outra pessoa não pode enfrentar por você. Eu fazia questão de sentar, mesmo que não comesse. Para tentar voltar aquele momento... Se eu não tivesse a atitude de preservar as refeições em família, não fizesse esse esforço, talvez, poderia acabar. Poderia acabar... Na hora da maior dor, eu pensava na família. Não podia deixar a dor deteriorar a minha família. Não podia (...).</i></p> <p>(...) <i>Hoje, é uma maneira de homenageá-lo. A morte me fez aproximar mais... Me fez querer mais a família, por perto, nas refeições... Sempre que possível (...).</i></p>
M9*	<p><b>Antes do luto:</b> (...) <i>O almoço é o nosso momento. Continua sendo (...).</i></p> <p><b>Após o luto:</b> (...) <i>No início, o que era fácil, ficou difícil. [choro]. Difícil foi tirar o prato dela... O copo... Os talheres... Tive que lutar contra as minhas emoções, contra os meus fantasmas... Tive que pensar em todos os filhos e não somente na que partiu. No esposo também... [pausa]. Para não perder a família pra morte dela.</i></p>
M10*	<p><b>Antes do luto:</b> <i>Sempre almoçamos juntos. Essa é a nossa refeição! [exclamou]. Lanche, cada um faz o seu. No jantar, somos menos à mesa. Mas, preservo esse hábito. Aqui em casa, temos o costume de jantar (...).</i></p> <p><b>Após o luto:</b> <i>Na refeição, ele [filho falecido] gostava de sentar à mesa. Até os lanches, ele fazia aqui, nessa mesa. Por isso, faço, também, por ele (...).</i></p>
M11**	<p><b>Antes do luto:</b> (...) <i>No início éramos dois. Passamos a ser três... Agora, voltamos a ser dois... [pausa; choro] (...).</i></p> <p><b>Após o luto:</b> <i>Sentávamos de cabeça baixa. Com lágrimas molhando o prato... Acho que tentamos cuidar um do outro. Comemos melhor depois de meses (...).</i></p>
M12*	<p><b>Antes do luto:</b> (...) <i>Era tudo prazeroso... Estávamos completos. [silêncio].</i></p> <p><b>Após o luto:</b> (...) <i>Eu tenho outros filhos, tenho que ser forte por eles. Pensando neles, eu... Eu preservei a nossa refeição. Fácil não é... Sempre haverá um a menos. Aquela falta... Ninguém preenche... Só a mãe que perdeu filho sabe... (...).</i></p>
M13**	<p><b>Antes do luto:</b> <i>Vim de uma família que comer junto é sagrado. Cresci com esse conceito e mantenho isso, apesar... Apesar de tudo (...).</i></p> <p><b>Após o luto:</b> <i>Ser mãe de filha única, você não tem válvula de escape. Não tô medindo dor... Nem tristeza... Nem sofrimento... Mas, creio que tudo, em volta, fica mais difícil. Refeições, pra mim sozinha, são desafios todos os dias (...).</i></p>
M14**	<p><b>Antes do luto:</b> <i>Era muito bom... Sentar pra comer juntos. A família...</i></p> <p><b>Após o luto:</b> <i>Tudo se despedaçou... Não havia mais motivação... Nem da minha parte e nem do meu esposo. Demorou pra voltarmos a comer como uma família. Tem dias que tudo parece voltar no tempo. Tem dias ruins e dias melhores. Estamos progredindo... Recomeçando e progredindo (...).</i></p>
M15*	<p><b>Antes do luto:</b> <i>O almoço era todos juntos. Às vezes, no lanche da tarde, um ou outro comia num mesmo horário. Mas, todos juntos... O almoço (...).</i></p> <p><b>Após o luto:</b> <i>É fato que tudo mudou. Mas, há uma família pra cuidar e amar. Eu precisei pensar neles e menos em mim. Precisei compartilhar o almoço, por eles. Eu sou a mãe... A mãe deles. (...) Hoje, valorizo muito mais cada momento em família. Cada refeição que podemos fazer juntos. Um encontro de domingo... Comida em casa e feita em casa. Sei que eu tenho eles, por perto, hoje. Posso estar com eles hoje. A morte chega pra todos, não importa a idade. Mães ficam e filhos se vão (...).</i></p>

\*depoentes mães de mais filhos; \*\*mãe de filho único falecido.

Quadro 4 – Depoimentos relativos à cadeira vazia.

Mãe	Trechos Selecionados
M1	<i>Sempre que eu sento aqui, eu me lembro dela ali... [aponta para a cadeira que era ocupada pela filha falecida à mesa]. É... Ela sentava ali na minha frente [engasgo; choro]. Essa sensação é muito forte... Bem forte... O dia a dia [suspira]. Ah... Não é fácil não... Às vezes eu disfarço... Olho para outra direção. Eu tento disfarçar... Tento disfarçar... Disfarçar a dor [choro](...). Hoje, incomoda menos... Aprendi a viver... Temos que enfrentar... Não tem jeito... É o jeito (...).</i>
M3	<i>No início, foi muito sofrível. Foi o mais difícil para mim, sentar à mesa e ver aquele lugar(...). Todos os dias... Sempre enxergo o lugar dele aqui. [aponta para a cadeira vazia]. Ele tinha o lugar dele. Houve, sim, a ausência muito forte do espaço dele aqui... A falta dele aqui eu senti muito [choro](...).</i>
M4	<i>Ele gostava do cantinho [a mãe sinalizou o lugar]. No começo foi bem difícil. Aí, eu comecei a sentar também no cantinho. Eu e meu esposo... Sentar à mesa e ver aquele lugar. Olhar o cantinho e lembrar... Mas, tinha certas coisas que eu não relatava. Ele gosta de ficar sentado nesse cantinho (...). [choro].</i>
M7	<i>Ele sempre sentava, onde, eu, hoje, estou... [engasga; chora]. Hoje, às vezes, quando eu vou sentar [à mesa de refeição], eu sento no lugar dele (...). Eles comem aqui [mesa de refeição]. Eu ainda não... Mas, eu ponho tudo aqui. Eu sento no lugar dele. [choro]. Se as meninas sentam aqui, a dificuldade é maior. [choro]. Eu sentando, não tenho que olhar para aquele lugar.</i>
M8	<i>A cadeira do “x” [filho falecido] foi ocupada pela “x” [neta]. Automaticamente, ela [neta] tomou o lugar do “x” [filho falecido]. Isso não me incomodou. Talvez por ser uma neta (...). O “x” [o filho falecido] já não morava mais em casa. Não tinha a presença dele todos os dias. Quando vinha, almoçava no mesmo lugar de sempre. Por isso, não foi traumático. O que mudou foi a presença constante do “x” [de outro filho] que passou a almoçar todos os dias aqui em casa. Todos os dias (...).</i>
M9	<i>(...) Aqui em casa, cada um senta num lugar. Ver esta mesa. [choro]. Estar aqui sem a presença dela foi angustiante... Muito sofrível... Doloroso... [pausa]. Muito, muito difícil... Mas, pelos outros, eu fiz o que era possível. Sentava aqui [aponta para a cadeira à mesa] com a minha dor, sem demonstrar a dor (...).</i>
M10	<i>(...) É difícil olhar aquela cadeira e não se ter mais aquela presença... [choro]. Isso não se modificou com o tempo. A verdade é que a gente acostuma ao vazio dela. [pausa]. Hoje, outros ocupam aquela cadeira, mas, sem ocupar o lugar dele (...).</i>
M12	<i>Meus filhos deram um jeito de ocupar o lugar. Cada dia, um sentava ali [cadeira que era ocupada pelo filho falecido]. Me sentia incomodada... Porque era o lugar de “x” [do filho falecido]. Ficava calada. Sei que eles fizeram isso por mim e pelo pai. Deixei acontecer... Eles assumiram essa mudança e eu deixei acontecer (...).</i>
M13	<i>Procuro almoçar no mesmo lugar. Hoje, faço meu prato e sento. A cada garfada [pausa]. Penso nela... Continuo e... [choro]. Almoçávamos uma de frente pra outra. Tento comer, olhando o prato. Quando vejo aquele lugar sem ela ali... [choro]. Antes eu parava de comer. A comida sobrava... Ia pro lixo... Hoje, já consigo... Consigo comer (...). Acho que sento aqui pelas lembranças. É uma parte dela que trago comigo. Comer sozinha é desafio. Mas são as minhas lembranças. É o que ficou... [suspirou profundamente](...).</i>

Quadro 5 – Relatos inerentes ao valor conferido aos alimentos preferidos do(a) filho(a).

Mãe	Trechos Selecionados
M1	<i>(...) A gente tinha mais vontade de fazer as coisas [engasga; respira fundo]. Hoje, esforço... Esforço (...). Se a gente parar de fazer alguma coisa que ela gostava, aí eu vou tá prejudicando o outro também [a mãe faz inferência ao outro filho]. Eu acho que ela também não quer.. Que... Que a gente para de fazer o que ela gostava (...). É... Eu acho que eu sinto assim... Uma forma de fazer homenagem a ela [filha falecida].</i>
M2	<i>Lidar com esses alimentos foi muito difícil. Gritar com a geladeira e com as escolhas dela foi muito difícil. Eu me lembro muito bem da geladeira estar ali, e eu ter de consumir algo... O degustar esses alimentos é um desafio. Hoje, eu consigo comer. E, hoje, é uma forma até de referência. De referenciar a “X” [filha falecida]. Hoje, não é uma coisa que me machuca. Hoje, até de ver, eu me sustento nesta referência. Somente a bebida isotônica “X”, ainda, eu não consigo beber. Ela [a filha] gostava muito.</i>
M3	<i>Ele gostava muito da torta de amendoim, mas, comia de tudo. Era uma torta feita especialmente pra ele. Depois da morte dele, esta torta não voltou ao lar (...). As demais preparações, eu mantenho (...).Eu tenho uma influência muito grande sobre eles aqui [família]. Eu tinha que voltar ao normal... Fazer a vida da minha família voltar ao normal...[choro]. Fazer a alimentação da casa ser preservada, apesar de...[choro].</i>
M4	<i>O “x” [filho falecido] geralmente comia o que tinha... Sempre foi desde criança de comer o que tinha. Tem um alimento que ele realmente gostava. A beterraba e o jiló... Para ele, o jiló era o manjar dos Deuses. O resto de jiló era dele (...). No começo, eu não conseguia... Como se tivesse um bolo na garganta e não descia. O jiló não descia... A beterraba eu não deixei muito ausente, mais, por causa do pequeno [outro filho] que gosta muito também. O jiló foi uma das coisas que eu demorei muito a voltar a fazer. Toda vez que faz, vem na memória ele. Não dá pra mudar isso (...).</i>
M5	<i>Cozinhar para mim foi muito difícil... Eu tinha esse carinho com ele [filho]. O carinho de preparar. Eu tinha muito gosto de fazer a comida dele. Eu senti muito quando eu não podia mais cozinhar pra ele (...). Ele gostava demais do refrigerante “X”, não dava muito, mas ele gostava. O feito, por mim, não voltei a fazer. Tentei, mas, não ficou igual, ficou amargo. Por isso, eu decidi não cozinhar mais aquilo. Para mim, eu não quero fazer. Eu não sentia mais prazer em fazer essas coisas. E, por meu marido, não gostar muito, não justifica eu fazer (...). O refrigerante não deixei de ter prazer, talvez por ser uma coisa industrializada. Até hoje, eu não gosto de fazer.. [silencia-se]. Era uma coisa que eu gostava muito, era bom o meu quiabo com “X” [pronuncia o nome do filho]. Ele [filho falecido] gostava do quiabo que eu fazia, de mais ninguém. No dia do quiabo, ele comia super bem. Purê de batata, também, comia o meu, a consistência que eu usava. Não gosto de purê mais (...). Músculo eu nunca mais fiz, não justifica mais. [silencia-se].</i>
M6	<i>Ah, era uma comidinha simples – um arroz, um feijão... Quando tinha carne, era carne; quando tinha ovo, era omelete. Verduras sempre (...). No último dia, ele me disse: mãe você fez a comida que eu mais gosto. Arroz, feijão e angu. [choro]. Eu faço o angu, mas, não na ordem que eu fiz no dia (...). Iogurte de morango e biscoitos recheados. O iogurte eu consigo, mas, lembro dele em todo copo. Em todo gole... Eu passei sete anos comprando o biscoito dele e o iogurte dele. Ninguém podia por a mão. Chegava a perder... Até que eu voltei ao normal (...).</i>
M7	<i>Ossobuco, lobrobo eu não fiz mais e nem a couve-flor com molho branco, o creme de milho... Ele era carnívoro. Apaixonado por quindim. Eu, ainda, não consigo fazer quindim (...). Entrou na minha casa, o quindim por outras mães [Mães de ONGs] e aí eu comi. Elas trouxeram (...). Fiz a bacalhoada que a filha me pediu. Eu não consegui comer, mas, fiz pra ela. Meu filho me ajuda a fazer, me ajuda [menção ao filho falecido]. Ai, eu fiz. Por causa dela [da filha], para atender um pedido dela, eu fiz (...).</i>

Quadro 5. Continuação.

<b>M8</b>	<i>Ele gostava do meu arroz. Só do meu. De ninguém (...). O “X” [outro filho] também adora o meu arroz. Tem hora que tem que respirar fundo e enfrentar. Prepara chorando... Mas, prepara... Come (...). Porque eu levei pelo lado da homenagem, fica mais gostoso preparar esse arroz(...). Bolo caseiro [bolo formigueiro], esse eu nunca fiz mais. Mas, toda vez que eu vejo, eu lembro... Lembro dele... Penso nele...</i>
<b>M9</b>	<i>Ela [filha falecida] comia de tudo, até cebola crua e pimentão. Mas, adorava os meus caldos. De feijão, mandioca, inhame, batata... Ela apreciava todos, principalmente, os feitos por mim. No primeiro ano, não consegui preparar nenhum tipo de caldo. Após um ano, me obriguei a preparar os caldos para a família e amigos. Mas, comer demorou mais, foram uns três anos(...). Hoje, passado cinco anos, consigo servir os caldos sem sentir o amargo da morte e da separação dela [filha falecida]. Quando faço os caldos, lembro dela [filha falecida], falo nela e vai ser sempre assim. Sempre...</i>
<b>M10</b>	<i>Carnes preparadas em bifés. Quanta saudade (...). No início, não conseguia nem ver carne. O cheiro da carne chegava a me dar náuseas. Era um cheiro ruim. Um cheiro que me lembrava ele [remete-se ao filho] morto no caixão (...). Demorei aceitar a carne (...). Bifés é raro eu comer, às vezes eu sirvo um pedaço e... [pausa]. Deixo no prato... Mas, corto a carne, tempero e faço os bifés, do mesmo jeito que eu fazia antes.</i>
<b>M11</b>	<i>Ele [filho falecido] gostava de almoçar e de jantar. Nos lanches, principalmente, no lanche da tarde, tinha que ter algum bolo ou broa. Bolo, a preferência dele era o de chocolate; broa de fubá; bolinho de chuva; pão de queijo... A broa e o pão de queijo é receita de família. Tinha motivação para fazer a massa de pão de queijo, assando em fogo brando, ou algo a mais que ele gostava. Essa motivação não existe mais. Tem semana que eu consigo fazer algo que ele gostava, têm dias e dias, tudo depende do como eu estou naquele dia (...). Não digo que tenho vontade de fazer... Tudo que envolve lembranças de filho faz você voltar no tempo e as emoções tomam conta. Bolos eu faço de outros sabores. Evito fazer a broa, faço quando tem mais gente. Com o pão de queijo é raro eu preparar a massa. Só pra mim e meu esposo... Às vezes, eu compro pronto, não fica igual ao meu pão de queijo, é o mais suportável (...).</i>
<b>M12</b>	<i>Comia de tudo, mas, adorava carne. Tinha que ter carne, todos os dias (...). Com a morte dele, eu tive aversão a qualquer carne. Só de ver me dava enjoos. A carne era preparada, não por mim... E, ia pra mesa (...). Eu desviava o olhar da carne para me preservar e preservar a todos (...). A carne não me faz falta, mas, tendo vontade provo. Independente das minhas reações com a carne, a carne não chegou a ser excluída da alimentação da casa. Posso afirmar que como menos carne, bem menos do que comia antes e têm dias que nem como (...).</i>
<b>M13</b>	<i>O arroz doce eu fazia pra ela. Quase toda semana. Hoje, não tenho motivação... Faço outros doces. Esse [referindo-se ao arroz doce], eu não consigo. Acho que é porque ela gostava muito. [pausa]. Ainda não (...). Esse doce é o doce dela. Tem outros doces que ela gostava e eu já consigo preparar e provar, um pedacinho (...).</i>
<b>M14</b>	<i>Para uma mãe é muito difícil... É muito estressante, lidar com os alimentos preferidos do filho que não está mais aqui. Tem preparações que a gente evita [o esposo e ela]. Macarrão alho e óleo, macarronada, a gente evita. É difícil até falar nesses alimentos. Pensar nisso me entristece... Só de pensar, me entristeceu (...).</i>
<b>M15</b>	<i>Bolos. De chocolate ou com recheio de chocolate ou com cobertura de chocolate. Toda semana ela me pedia pra fazer. Toda semana (...). Pensar em bolo é pensar nela [na filha falecida]. Ela tinha o carinho de me agradecer ou de elogiar o bolo. [choro]. Hoje, quando faço bolo fico a espera desta voz... Uma voz que se silenciou. [pausa]. Tento escutá-la... Escutá-la em minhas lembranças(...). Os outros filhos também me agradecem. Mas, eles eu tenho por perto, estão comigo. Ela, eu busco a sua voz... Busco nas minhas lembranças (...). Não deixei de fazer os bolos. Mas, comer esses bolos foi desafio, dia após dia. Até que eu venci [pausa]. A morte dela (...).</i>

**APÊNDICE 4: Luto e cardiomiopatia de Takotsubo: resposta neuroendócrina e conduta nutricional (artigo produzido a partir da exploração bibliográfica da temática luto, aceito pela Revista da Associação Médica Brasileira)**

ID: RAMB-2017-0488.R1

Artigo no prelo (aceito em 20 de Janeiro de 2018).

Luto e cardiomiopatia de Takotsubo: resposta neuroendócrina e conduta nutricional

Mourning and Takotsubo's cardiomyopathy: neuroendocrine implications and nutritional management

Maria Teresa Fialho de Sousa Campos<sup>1</sup>, Francisco Miguel Quintão Valente<sup>2</sup>, Raquel Maria Amaral Araújo<sup>3</sup>, Josefina Bressan<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Professor Adjunto. Departamento de Nutrição e Saúde – DNS, Universidade Federal de Viçosa (UFV), campus Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup>Médico cardiologista. Clínica do Coração – CLINICOR e Serviço de Cardiologia do Hospital São Sebastião, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup>Professor Associado. Departamento de Nutrição e Saúde – DNS, Universidade Federal de Viçosa (UFV), campus Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

<sup>4</sup>Professor Titular. Departamento de Nutrição e Saúde/UFV. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição.

**Conflitos de interesse**

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## **Resumo**

Este artigo busca fazer referência a alguns aspectos do luto recente considerados fatores de risco para a doença cardiovascular, especificamente, a cardiomiopatia de Takotsubo. Objetivou-se descrever o estresse proveniente da morte do ente querido aliando-o a possibilidade de ocorrência da cardiomiopatia de Takotsubo, mediante a percepção de um evento traumático pelo córtex que aciona o circuito cerebral subcortical tendo repercussões na resposta endócrina. Dado ao crescente reconhecimento desta cardiomiopatia torna-se viável contextualizar as condutas nutricionais e as decisões que as norteiam, cujos benefícios devem ultrapassar a condição de disfunção cardíaca temporária e se estender às escolhas alimentares que exercem alguma influência no sistema límbico. Trata-se de uma análise descritiva que objetiva problematizar a temática em reflexões pautadas nessa vivência, considerando o alicerce com a ciência da nutrição.

Palavras-chave: cardiomiopatia de Takotsubo; Luto; Morte; Conduta Nutricional.

## **Abstract**

This article aims to make reference to some recent grief aspects considered risk factors for cardiovascular disease specifically, the Takotsubo cardiomyopathy. The objective was to describe the stress from the death of a loved one combining it to the possibility of occurrence of Takotsubo cardiomyopathy through the perception of a traumatic event by the cortex that triggers the subcortical brain circuit having impact on the endocrine response. Given the growing recognition of this cardiomyopathy is made feasible to contextualize the nutritional managements and decisions that orient, whose benefits must exceed the condition of temporary cardiac dysfunction and extend to food choices that have some influence in the limbic system. It is a descriptive analysis that aims to problematize the issue guided by reflections on this experience, considering the foundation with the science of nutrition.

Key words: Takotsubo cardiomyopathy; Bereavement; Death; Nutritional Management.

## **Introdução**

Diante da morte, a constância de reações afetivo-emocionais intensas é que classifica o acontecimento como estressor traumático<sup>1</sup>. A dificuldade em lidar com a morte de um ente querido favorece a intensidade e a duração das reações mediadas por mecanismos biofisiológicos e psicológicos que podem ser mais devastadoras para o organismo<sup>2</sup>, possibilitando a manifestação da cardiomiopatia de Takotsubo (CT).



Embora, os mecanismos fisiopatológicos da CT não sejam totalmente compreendidos<sup>3</sup> a sua associação com o elevado estresse tem concentrado a atenção no sistema nervoso autonômico<sup>4</sup>, cujas evidências sugerem tratar-se de uma resposta reflexa controlado por este sistema<sup>5</sup>. Dado que pacientes com takotsubo têm níveis de catecolaminas mais elevados do que os com infarto agudo do miocárdio<sup>6</sup>; a biopsia endomiocárdica é típica desta elevação<sup>7</sup>; e a disfunção do miocárdio induzida por aumento de catecolaminas constitui o mecanismo mais provável à CT<sup>8</sup>.

Em razão disso, a resposta exacerbada de catecolaminas é apontada como um fator central para a ocorrência desta miocardiopatia<sup>5,7,9</sup>. Neste seguimento, impõem-se as considerações relativas aos efeitos orgânicos para o miocárdio em consonância com o impacto da morte de um ente querido, o qual tem implicações nos mediadores hormonais. Partindo dessa premissa, foi de interesse abordar os efeitos do luto recente no aparelho cardiovascular sob a perspectiva da cardiomiopatia de Takotsubo e de sua repercussão nas condutas nutricionais, tendo como alicerce para esta construção as implicações neuroendócrinas que se associam ao trauma da perda de um ente querido. Cabe assinalar que a CT é referenciada por outras designações<sup>5,8,10-15</sup>; dentre as quais, a expressão de *Síndrome do Coração Partido*<sup>5</sup> revela-se no âmbito deste artigo.

## **Métodos**

Realizou-se uma busca por artigos científicos que tratassem dos temas Cardiomiopatia de Takotsubo e Luto. Buscou-se, no portal de periódicos da CAPES e nas bases de dados Science Direct e SciELO, os seguintes descritores: “Takotsubo syndrome”; “Takotsubo cardiomyopathy”; “broken-heart syndrome”. Outras fontes de pesquisa foram: “death” e “stress”; “mourning” e “neuroendocrine responses”; “effects of bereavement”; “bereaved parents”; “grieving process”. Foram excluídas do referencial teórico as publicações que não se enquadravam nos critérios de interesse. A pesquisa bibliográfica foi realizada de maio a agosto de 2017, sem restrição de período, dado à necessidade de informações unificadas para alicerçar esta revisão. Trata-se de uma análise descritiva, com base nas principais alterações cardiológicas da CT, contextualizando a síndrome do coração partido perante o luto e as condutas nutricionais. Para melhor fundamentar esta análise descritiva, o conteúdo foi organizado em três seções: a cardiomiopatia de Takotsubo no luto; cardiomiopatia de Takotsubo sob a perspectiva da perda de um ente querido; e conduta nutricional na cardiomiopatia de Takotsubo.

## A cardiomiopatia de Takotsubo no luto

A depender das particularidades de cada um, do perfil de regulação emocional<sup>16</sup> e dos vínculos afetivos estabelecidos entre as pessoas, a morte de um ente querido pode desencadear uma *forte emoção psicológica* que pode resultar em alterações cardíacas. Enlutados procuram por atendimentos de emergências<sup>17,18</sup> sobretudo pela apreensão de se estar enfrentando um ataque cardíaco. O luto pode aumentar em até 21 vezes o risco de infarto agudo do miocárdio – IAM; afirmação que foi baseada em uma amostra de 1985 pacientes, onde o aumento do risco é notado nas primeiras 24 horas após o falecimento do ente querido<sup>19</sup>. Como dados angiográficos não estavam disponíveis, os pesquisadores<sup>19</sup> afirmam que não pode ser descartada a possibilidade de alguns casos remeterem a CT. Apesar da raridade, em ocorrência, um IAM pode não excluir uma cardiomiopatia de estresse, podendo ser até o seu desencadeante<sup>11</sup>. O precipitante da CT, comumente, recai na condição física ou emocional estressante<sup>14</sup>; porém, a falta de um precedente não exclui o diagnóstico<sup>5</sup>.

Dado que há associação entre o luto e vivência de perdas com a doença cardíaca<sup>20</sup> e que nos primeiros dias, semanas e meses após a morte de um ente querido a doença cardiovascular representa um aumento no risco de morte durante o luto<sup>19</sup>, as diferenças sutis entre ataque cardíaco e CT são merecedoras de apreço, pois, os sintomas são semelhantes<sup>6</sup>. Na CT, a cineangiocoronariografia não demonstra obstruções significativas<sup>10</sup> – sinalizando que a causa primária não tem ligação com a doença coronária obstrutiva<sup>9,21</sup> e a ventriculografia revela balonamento apical do ventrículo esquerdo, por acinesia, com hipercinesia do segmento basal, semelhante a halteres ou takotsubo<sup>6</sup> – imagem característica da síndrome<sup>10</sup> (Figura 1).

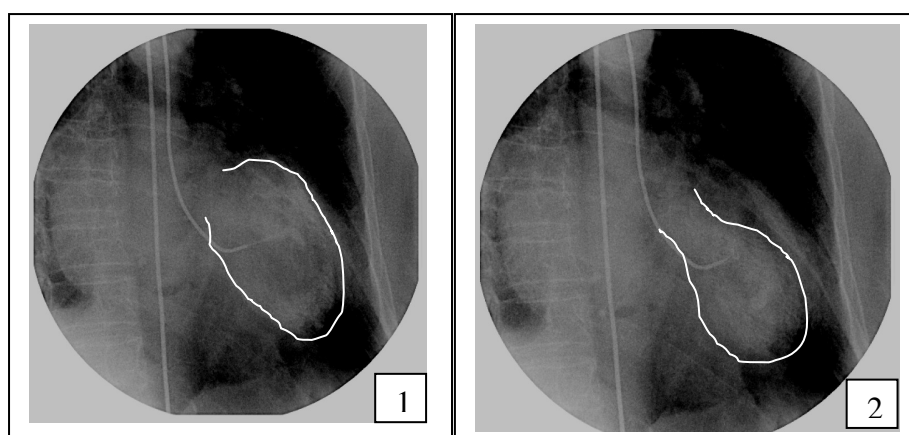


Figura 1. Ventriculografia mostrando a diástole (1) e sístole (2) da cardiomiopatia de Takotsubo. (Ventrículo esquerdo em sístole, com a clássica imagem da síndrome que se assemelha ao pote japonês Tako-tsubo).

No padrão do eletrocardiograma (ECG) da CT se identifica maior número de derivações com supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior<sup>13</sup> e, ou, inversão de onda T<sup>14,22</sup>, com intervalo QT prolongado<sup>23</sup>; embora, haja diferenças neste padrão<sup>24,25</sup> e o ECG possa ser não específico<sup>14</sup>. Exames laboratoriais revelam discreta elevação na concentração sérica de marcadores de lesão miocárdica<sup>6,10,12</sup> desproporcional à área afetada ao ECG<sup>8,23</sup>. Os níveis de peptídeos natriurético tipo B, que refletem a disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, se encontram elevados<sup>8</sup> com valores superiores aos encontrados no IAM<sup>14,26</sup>. Apesar do termo músculo cardíaco atordoado ser utilizado para indicar a lesão cardíaca em takotsubo<sup>4</sup> a ausência de elevação das enzimas não exclui o diagnóstico<sup>5,26</sup>.

Outros biomarcadores vem sendo apontados<sup>27,28</sup>. O fator de necrose tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) e a fórmula solúvel de seus receptores (sTNFR-1 e sTNFR-2) estão envolvidos na disfunção miocárdica<sup>27-29</sup>; embora, seus efeitos possam incluir respostas adaptativas à proteção cardíaca<sup>29</sup>. O aumento do TNF- $\alpha$  é influenciado pelas concentrações plasmáticas de catecolaminas<sup>30</sup>; em resposta ao seu estímulo outras citocinas pró-inflamatórias são liberadas, cuja ativação ocorre precocemente às alterações cardíacas<sup>27</sup>. Apesar da importância clínica dos biomarcadores cardíacos, em circunstâncias de estresse pós-traumático, suas dosagens deveriam compor os exames de rotina.

Dentre os cuidados dispensados aos enlutados, que precisam ser iniciados precocemente, deve-se atentar para as condições cardíacas destes indivíduos. Uma maior atenção aos critérios diagnósticos estabelecidos<sup>25</sup>, em diretrizes<sup>23,31</sup>, para a CT em consonância com o luto pode dar a real dimensão desta associação.

A literatura tem apresentado casos clínicos que associam a CT ao luto<sup>32</sup>. Uma possível ligação entre o processamento emocional cognitivo e vulnerabilidade à síndrome de Takotsubo foi evidenciada em um caso clínico, após ocorrência de discussão doméstica, com história de morte de um ente querido, seis meses antes dos sintomas<sup>32</sup>. Para Redfors e col<sup>33</sup>, condições psiquiátricas podem predispor um indivíduo a desenvolver a cardiomiopatia induzida por estresse em resposta a um forte estressor. Devido a outras evidências<sup>34-35</sup>, a compreensão mais aprofundada desse fenômeno impõe investigações sobre a interface: estresse pós-traumático por morte de ente querido e predisposição biológica a CT.

### **Cardiomiopatia de Takotsubo sob a perspectiva da perda de um ente querido**

Segundo Crawford e Schaffer<sup>36</sup>, o coração saudável tem mecanismos de sinalização através do qual responde ao estresse metabólico, com notável grau de eficiência para atender a alta demanda e plasticidade, em resposta as mudanças, variando no fornecimento do substrato

energético para suprir atividades homeostáticas, mecânicas e elétricas. A disfunção na contração e os danos aparecem quando essa capacidade é excedida<sup>36</sup>.

Na tentativa de explicar a patogênese da CT várias teorias têm sido propostas. Apesar da fisiopatologia não estar completamente elucidada, existe consenso sobre a ação das catecolaminas<sup>5,26,37</sup>. Para Coupez et al.<sup>37</sup>, o denominador comum em CT é o estresse catecolaminérgico. Concentrações elevadas de catecolaminas podem causar danos ao miocárdio<sup>4</sup> mediante a ativação suprafisiológica de receptores beta-adrenérgicos  $\beta_1$  e  $\beta_2$ , por ativar adenilato ciclase pela interação com a proteína G estimulatória, elevando a formação de adenosina monofosfato cíclico intracelular que ativa proteína quinase A – esta fosforila as proteínas da membrana aumentando o influxo de cálcio para dentro das células e o estresse oxidativo<sup>7</sup>. Isso levaria a perturbação da contração e função ventriculares, podendo diminuir a viabilidade dos miócitos cardíacos<sup>26</sup>. A interação desse mecanismo com outros fatores predisponentes individuais podem favorecer a CT.

Dentre os fatores que podem desencadear uma sobrecarga de catecolaminas, no organismo, está a *morte do ente querido* e o *trauma* decorrido deste evento. A percepção de um evento traumático pelo córtex aciona o circuito cerebral subcortical, por meio das estruturas que controlam as emoções e as funções dos sistemas viscerais, cuja ativação desencadeia a liberação de norepinefrina no hipotálamo<sup>2</sup>, por conseguinte, é induzida a liberação de epinefrina da medula da glândula suprarrenal<sup>26</sup>. Lidar com a notícia da morte e a perda de um ente amado é *agressão de natureza psicogênica*, nessa circunstância, o elemento hormonal fundamental de resposta orgânica reativa é o hormônio liberador de corticotrofina<sup>38</sup>, em resposta, a hipófise libera o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) que estimula a secreção de hormônios corticosteróides e de catecolaminas pelas glândulas adrenais<sup>2</sup>. Catecolaminas provocam estimulação miocárdica adrenérgica; a liberação, em excesso, induz toxicidade nos miócitos cardíacos, por causar uma sobrecarga de cálcio nos miócitos<sup>7</sup>, levando a alterações na contratilidade cardíaca – proposição mais aceita para a CT<sup>26</sup> (Figura 2).

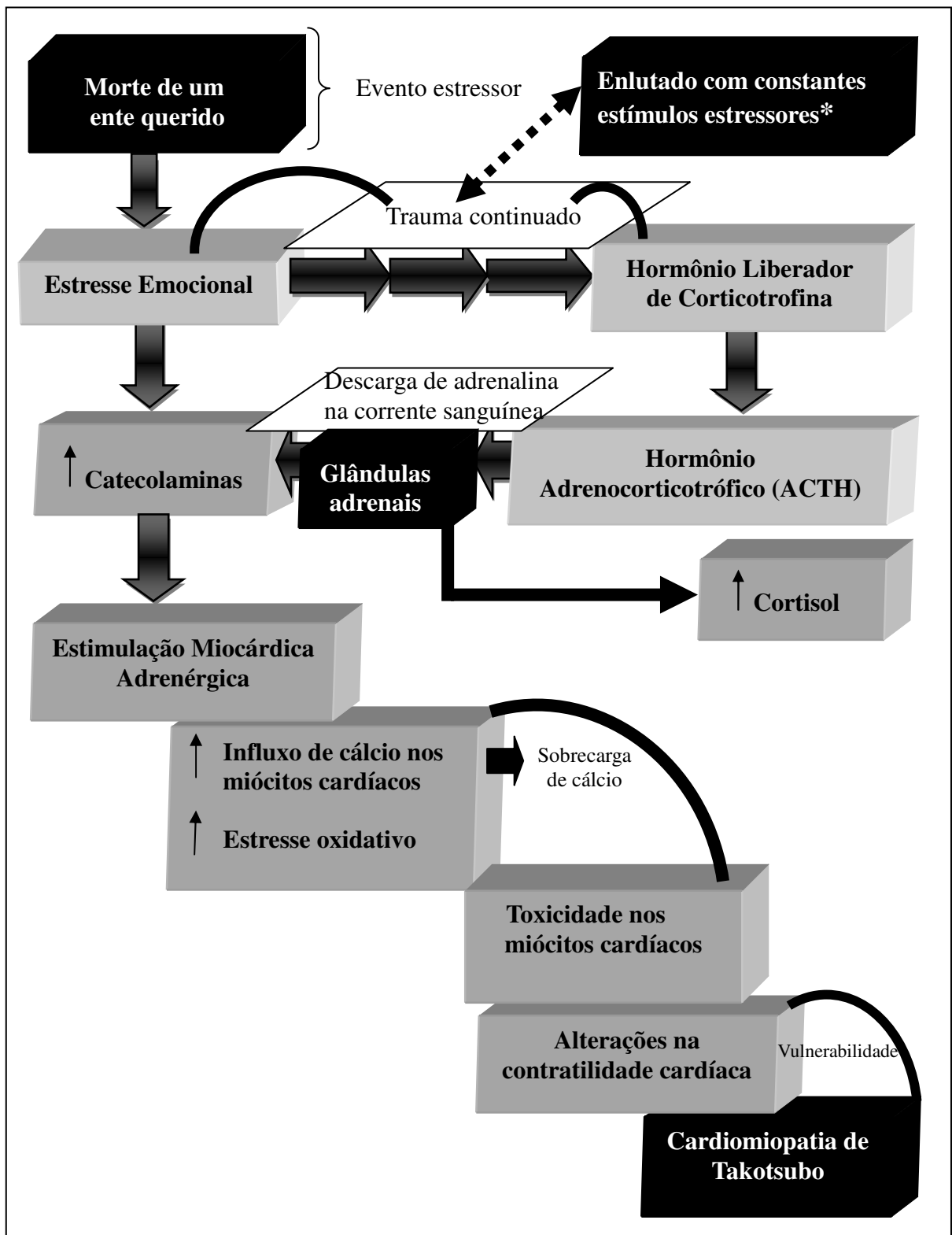


Figura 2. Vulnerabilidade à cardiomiopatia de Takotsubo sob a perspectiva do trauma da perda de um ente querido.

\*estímulos estressores provenientes da angústia, da tristeza profunda e do pensamento focado na causa do óbito, na perda do ente querido e na ausência deste.

Hipercotisolemia tem associação com o IAM<sup>39</sup> e outras doenças cardíacas<sup>40</sup>; induz à proteólise e à lipólise<sup>2</sup>; e pode implicar no aumento da gordura visceral que se associa a desordens metabólicas<sup>41</sup>. O desequilíbrio orgânico aparece quando as alterações são repetitivas, provenientes de uma ativação excessiva, condição plausível de ocorrência em luto de filhos e de parceiros de uma vida, pois, na complexidade psíquica destes lutos nem sempre a resposta compensatória hormonal esperada ocorrerá<sup>2</sup>. O rompimento do convívio com o filho (por morte) desestabiliza emocionalmente os pais – as reações e transtornos surgem como consequência direta do estresse ou de trauma continuado<sup>42</sup>, alterando a resposta endócrina, que, por sua vez, têm reflexos em outras vias metabólicas, merecendo mais investigações por retratar uma questão diferenciada de luto em enfrentamentos e adaptações. Por sua vez, a perda do parceiro de convivência diária<sup>34</sup>, a depender do vínculo afetivo, do abalo emocional<sup>9</sup> e das condições cardíacas, pode favorecer a ocorrência da CT, principalmente, em idades mais avançadas.

Efeitos do *estado de luto* e do *tempo de luto* na resposta do cortisol revelaram uma interação significativa, indicando diferenças nas trajetórias de respostas do cortisol em enlutados e não-enlutados<sup>43</sup>. O aumento do cortisol por transtornos psicológicos nos não-enlutados é menos expressivo do que nos enlutados. A interação da perda significativa do ente querido com o tempo de luto evidenciou a persistência no aumento deste hormônio, havendo diferenças, em valores, em decorrência ao óbito<sup>43</sup>. Pode-se conjecturar que, na condição de luto recente, a vulnerabilidade à CT situa-se na ativação anormal do *eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal* perante a constância de reações afetivo-emocionais intensas; e a causa do óbito do ente querido configura-se num agravante, por esta intensificar o trauma psíquico – “alimentando” o *distress* psicológico, por recordar lembranças fortes e dolorosas que se constituem em constantes estímulos estressores. Em condições de estimulação simpática excessiva, deve-se atentar também para a possibilidade de modulação parassimpática reduzida, cujo controle prejudicado pode desempenhar um papel relevante na CT<sup>44</sup>.

### **Conduta nutricional na cardiomiopatia de Takotsubo**

Inicialmente, a meta é aliviar a sobrecarga cardíaca, optando-se pelas condutas nutricionais que se aplicam a esta condição. Portanto, a restrição de sal de cozinha (cloreto de sódio) na culinária e de condimentos à base de sal; a não adição de sal em alimentos prontos; a restrição de alimentos industrializados com alto teor de sódio em sua composição; e o controle da ingestão hídrica são recomendações cruciais, cujos efeitos, no organismo, devem ser cuidadosamente monitorados. Para conferir sabor agradável à refeição, preferencialmente, combinar especiarias referenciadas com propriedades cardioprotetoras<sup>45,46</sup> com ervas

aromáticas.

Devido a injúria miocárdica, incluir fontes alimentares de compostos fenólicos, que dependendo da sua absorção e metabolismo podem modular a expressão de vários biomarcadores, atenuando o estresse oxidativo e reduzindo citocinas pró-inflamatórias<sup>47</sup>. Quanto às frutas, a preferência deve ser para as de coloração roxas e vermelhas<sup>48</sup>, as cítricas<sup>49</sup> e as oleaginosas<sup>50</sup>, por conterem teor maior de compostos fenólicos. Efetuar o cálculo da ingestão de frutose diária para evitar que o seu excesso possa contribuir para o aumento do ácido úrico – por via degradação adenosina monofosfato (AMP) procedente do trifosfato de adenosina (ATP) gerado na metabolização da frutose, que é convertido em ácido úrico. Apesar do ácido úrico ser considerado um importante antioxidante do plasma humano, em níveis supranormais, no sangue, tem repercussão no funcionamento cardiovascular<sup>51</sup>. A hiperuricemia inibe a liberação de óxido nítrico, ativa o sistema renina angiotensina, constituindo-se num importante colaborador na determinação do risco cardiovascular<sup>52</sup>; tendo, ainda, impacto no diagnóstico da síndrome metabólica<sup>53,54</sup>. O consumo moderado de frutose  $\leq 50\text{g}/\text{dia}$  não tem efeito prejudicial à saúde<sup>55</sup>; excessos, é que podem exercer efeitos prejudiciais em analogias metabólicas ao etanol, diferindo-se, somente, pela não metabolização no sistema nervoso central<sup>56</sup>. Contudo, diante da CT, é prudente que a frutose ingerida esteja entre 25 a 30g diárias. Consultar o teor de frutose presente nos tipos de frutas para estabelecer as quantidades e o tamanho das porções e evitar alimentos processados que contêm sacarose ou xarope de milho rico em frutose. Visando manter, no limite normal, a concentração sérica de ácido úrico, designar, também, em porções diárias, alimentos com teor mais expressivo de purinas – principal precursor do ácido úrico.

Garantir a homeostase da microbiota entérica é outra conduta reconhecida pelos efeitos benéficos<sup>57-60</sup>. A utilização conjunta de alimentos pré e probióticos têm efeito hipolipidêmico<sup>58</sup>, é sugerida para reduzir as concentrações plasmáticas de toxinas no plasma e dada à capacidade das bactérias para produzir e reconhecer neuroquímicos, tem sido indicada como adjuvante terapêutico para a química do cérebro<sup>59,60</sup>. A reposição de probióticos (via alimentação) se faz com a ingestão diária de produtos como leite fermentado e kefir e de prebióticos, como ingredientes na culinária – campo com crescentes evidências em benefícios nutricionais. Recomenda-se incluir produtos pré e probióticos devidamente regulamentados pelos órgãos competentes de cada país, para se indicar os de alegações comprovadas.

Equilibrar quantidades e tipos de gorduras (monoinsaturadas, poli-insaturadas e saturadas) providas pela ingestão alimentar, mediante análise de exames que resulta em orientações individuais<sup>48</sup> e restringir gorduras trans<sup>61</sup>. O consumo adequado de ácidos graxos poli-insaturados contribui para a diminuição da produção hepática de VLDL (*very low density*

*lipoprotein*)<sup>58</sup>, melhoria dos efeitos antiarrítmicos, dentre outros benefícios<sup>61</sup>. Preconiza-se até 10% do valor calórico da dieta de gorduras poli-insaturadas<sup>62</sup> em combinação com alimentos que contêm antioxidantes<sup>48</sup> – a ingestão excessiva pode ocasionar maior oxidação lipídica, diminuindo o HDL-c (*high density lipoprotein cholesterol*)<sup>58</sup>. As gorduras poli-insaturadas quando expostas ao calor e oxigênio favorece processos de oxidação e outras alterações químicas. Métodos culinários que utilizam altas temperaturas e baixa umidade (*fritar, assar ou grelhar*) potencializam a formação de produtos de glicação avançada (AGEs)<sup>63</sup>, que, em excesso, favorece injúrias aos tecidos, predispondo o organismo à progressão de doenças, incluindo doenças cardiovasculares, por causar estresse oxidativo e aumentar a expressão de mediadores inflamatórios<sup>64</sup>. Enquanto, os métodos de preparo mais brandos de cozimento e com alta atividade de água geram teores menores desses compostos<sup>65</sup> e restringem gorduras de cocção<sup>66</sup>. Apesar da formação de AGEs ser predominantemente endógena, no organismo, estes podem ser introduzidos por fontes exógenas<sup>63</sup>, especialmente incorporados nos alimentos<sup>64</sup>. A alimentação que visa atenuar injúria miocárdica deve agregar às recomendações dietéticas para as gorduras e saúde cardiovascular<sup>61</sup> o controle na ingestão de AGEs da dieta, para não exceder a capacidade do organismo em degradar tais compostos, beneficiando a recuperação.

Havendo insuficiência cardíaca e sobrecarga volêmica o uso de diuréticos é administrado<sup>14,21,26</sup>; nesses casos, garantir na composição das refeições a presença de alimentos fontes de potássio, atrelado ao adequado monitoramento na resposta orgânica para evitar outros distúrbios eletrolíticos.

Diante do restabelecimento das funções cardíacas, as condutas inerentes ao sistema límbico devem ser instituídas. O sistema límbico é uma combinação complexa de várias estruturas do cérebro que recebe a estimulação sensorial, que é traduzida em expressão emocional e psicológica, regulando várias funções no organismo<sup>67</sup>. Se o equilíbrio da química deste sistema interfere na saúde emocional, deve-se restabelecer, pela alimentação, o aporte de precursores dos neurotransmissores responsáveis pelas sensações de bem estar<sup>48</sup>. Quando a pessoa sofre uma perda significativa, como a morte de um filho, a tristeza pode ser intensa e prolongada, caracterizando um quadro de depressão mental ou de transtorno de adaptação<sup>2</sup>. Um fornecimento equilibrado desses transmissores químicos é essencial para que o organismo possa responder melhor ao evento estressor. Por exemplo, para beneficiar a produção de serotonina considerar alimentos fontes de triptofano em equilíbrio com carboidratos (visando aumentar a captação de triptofano no líquido na competição pelo transportador que atravessa a barreira hematoencefálica)<sup>48</sup> e outros nutrientes (ácido fólico, piridoxina e magnésio) para conversão do triptofano em serotonina<sup>2</sup>. Nos enlutados, a reposição de nutrientes e de



componentes alimentares que exerçam influência benéfica na saúde mental precisa ser implementada e com a combinação de alimentos que possibilite melhor resposta.

Contudo, o tratamento do paciente com CT deve ser individualizado de acordo com suas condições clínicas, psíquicas e nutricionais. Isso requer a aplicação de um protocolo clínico-nutricional mais específico, atento à alimentação e aos componentes alimentares referenciados como protetores de injúria cardíaca, como, também, às situações traumatizantes desencadeadoras desta síndrome, buscando identificar a base de perturbações de cada pessoa. Se a CT resultou da perda de um ente querido, para abranger os estressores emocionais vinculados a esta peculiaridade, conhecer a causa do óbito, as particularidades do luto, as mudanças comportamentais instituídas após o falecimento do ente querido, estando atento às alterações que porventura tenham surgido no sono, no padrão alimentar, no peso e nos perímetros corporais. Entre a multiplicidade de fatores (psíquicos e fisiológicos) envolvidos na gênese do fenômeno psicossomático, as situações de perdas antecedendo a enfermidade são mais enfatizadas<sup>68</sup>, o que redireciona a atenção aos enlutados pela vulnerabilidade em adoecer. Considerando a conexão do estresse emocional com o coração, dependendo das condições psíquicas do enlutado, além da terapia de luto<sup>20</sup> e da avaliação cardíaca, é razoável avaliar a necessidade de pré-tratamento com indicação medicamentosa e de encaminhamento ao atendimento nutricional, principalmente, frente aos casos clínicos de *inapetência* ou *recusa de alimentos*. A maneira como se enfrenta a morte e se processa o luto tem implicações no comportamento alimentar, com sérias consequências para a saúde<sup>2</sup> e restabelecer, pela alimentação, benefícios para mente e coração é conceber que, diante de indivíduos destruídos pela perda e com sintomas de anedonia, as condutas nutricionais requerem adaptação gradual. Casos de cardiomiopatia induzida por estresse têm sido descritos em indivíduos com transtorno de conduta alimentar, que, alcançam maior gravidade por se associarem ao prolongamento do intervalo QT por desequilíbrios eletrolíticos e hipoglicemia<sup>69</sup>. Concebe-se que a investigação cardiovascular em enlutados precisa ser concretizada, sobretudo em presença de alterações comportamentais e de humor bem pronunciadas e que ajuízam severa restrição alimentar.

### **Considerações finais**

Aprofundar nas questões psíquicas do luto requer um olhar atento às diferenças individuais em reação à morte. O luto não é um processo que progride de forma linear, portanto, merece o aprofundamento em estudos que aliem os seus efeitos às alterações cardíacas.

Em enlutados, a devida atenção aos sintomas cardíacos da cardiomiopatia de

Takotsubo deveria também compor os protocolos de atendimentos clínicos, de forma a garantir investigações mais pontuais direcionadas a esta síndrome. Por esta cardiomiopatia ter forte associação com o estresse emocional, maior atenção neste reconhecimento poderia contribuir com a notificação dos casos clínicos no Brasil.

A ciência da nutrição insere-se neste contexto por favorecer, juntamente, com a terapêutica hemodinâmica e de enfrentamento do luto, não somente benefícios para o restabelecimento da função cardíaca, como se estende ao planejamento alimentar aplicado à saúde mental e à saúde nutricional.

### **Agradecimentos**

Aos cardiologistas LPM (Serviço de Hemodinâmica, Hospital São João Batista, Viçosa, Minas Gerais, Brasil) e FMQV (CLINICOR/Viçosa) pela concessão da Figura 1.

### **Referências**

1. Sparrenberger F, Santos I, Lima RC. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Rev Saúde Públ* 2003; 37(4): 434-9.
2. Campos MTFS. A influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. *Cien Saúde Colet* 2013; 18(9): 2761-71.
3. Varutti R, Setti T, Ezri T, Nicolosi G, Rellini G, Cassin M et al. Postoperative Takotsubo cardiomyopathy triggered by intraoperative fluid overload and acute hypertensive crisis. *Rom J Anaesth Int Care* 2015; 22(1): 47-50.
4. Sharkey SW, Lesser JR, Maron BJ. Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *Circulation* 2011; 124(18): e460-2.
5. Koulouris S, Pastromas S, Sakellariou D, Kratimenos T, Piperopoulos P, Manolis AS. Takotsubo Cardiomyopathy: The “Broken Heart” Syndrome. *Hellenic J Cardiol* 2010; 51(5): 451-7.
6. Lemos AET, Araújo ALJ, Lemos MT, Belém LS, Vasconcelos Filho FJC, Barros RB. Síndrome do Coração Partido (Síndrome de Takotsubo): relato de caso. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(1): e1-e3.
7. Ramírez Chaves JJ, Calderón Calvo C. Miocardiopatía tipo Takotsubo. *Rev Costarric Cardiol* 2014; 16(1): 25-32.
8. Reis JGV, Rosas G. Cardiomiopatia de Takotsubo: um diagnóstico diferencial da síndrome coronariana aguda: revisão da literatura. *Rev Méd Minas Gerais* 2010; 20(4): 594-600.

9. Gómez AR, Herrera S, Ochoa J, Velásquez JG. Miocardiopatía por estrés: serie de casos. *Rev Colomb Cardiol* 2015; 22(2): 97-101.
10. Cesário V, Loureiro MJ, Pereira H. Miocardiopatia de takotsubo num serviço de Cardiologia. *Rev Port Cardiol* 2012; 31(9): 603-8.
11. Menezes MN, Silva D, Almeida AG, Pinto FJ, Brito D. Um caso raro de cardiomiopatia de stress (Takotsubo) e enfarte agudo do miocárdio concomitantes. *Rev Port Cardiol* 2015; 34(7-8): 499.e1-e3.
12. Okoshi K, Okoshi MP. Cardiomiopatia de Takotsubo. *Rev Soc Cardiol*. 2009; 19(1): 87-92.
13. Rodrigues LB-H, Batista A, Monteiro F, Duarte JS. Supradesnivelamento do segmento ST durante anestesia geral para cirurgia não cardíaca: um caso de takotsubo. *Rev Bras Anesthesiol* 2015; 65(5): 403-6.
14. Amaral WAEF, Miranda Z, Miranda G, Ferreira VV, Gonçalves RPF, Silva PLN. Disfunção ventricular apical transitória (Síndrome de Takotsubo): uma revisão da literatura. *Arq Catarin Med* 2014; 43(4): 70-6.
15. Hoekstra BE, Reis ESS, Ribeiro B, Costa MAC. Doença de Takotsubo (Síndrome do Coração Partido): uma Doença Subdiagnosticada? *Rev Bras Cardiol*. 2014; 27(5): 327-32.
16. Chesney SA, Gordon NS. Profiles of emotion regulation: understanding regulatory patterns and the implications for posttraumatic stress. *Cogn Emot* 2017; 31(3): 598-606.
17. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007; 370 (9603): 1960-73.
18. Silva ACO, Nardi AE. Luto pela morte de um filho: utilização de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental. *Rev Psiquiatr* 2010; 32(3): 113-6.
19. Mostofsky E, Maclure M, Sherwood JB, Tofler GH, Muller JE, Mittleman MA. Risk of Acute Myocardial Infarction after Death of a Significant Person in One's Life: The Determinants of MI Onset Study. *Circulation* 2012; 125(3): 491-6.
20. Batista JS, Mazorra L. Luto e doença cardíaca. *Rev Soc Cardiol*. 2015; 25(4): 156-9.
21. Sênior JM, Artunduaga NT, Cadavid AF, Dimuro AR. Cardiomiopatia de Takotsubo. *Iatreia* 2015; 28(2): 202-6.
22. Ribeiro VFA, Vasconcelos M, Melão F, Ferreira E, Malangatana G, Maciel MJ. Desfecho de curto e longo prazo na cardiomiopatia induzida por estresse: o que podemos esperar? *Arq Bras Cardiol* 2014; 102(1): 80-5.

23. Montera MW, Mesquita ET, Colafranceschi AS, Oliveira Jr AC, Rabischoffsky A, Ianni BM et al. I Brazilian guidelines on myocarditis and pericarditis. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 100(4 supl.1): 1-36.
24. Battioni L, Costabel JP, Mondragón IL, Russo A, Villariño BS, Lamelas PM. Diferencias electrocardiográficas entre Takotsubo e infarto agudo de miocárdio. *Rev Fed Arg Cardiol* 2015; 44(1): 51-4.
25. Prasad A. Apical ballooning syndrome: an important differential diagnosis of acute myocardial infarction. *Circulation.* 2007; 115(5): e56-9.
26. Nóbrega S, Brito D. Miocardiopatia Takotsubo: estado da arte. *Rev Port Cardiol.* 2012; 31(9): 589-96.
27. Pitthan E, Martins OMO, Barbisan JN. Novos biomarcadores inflamatórios e de disfunção endotelial: predição de risco cardiovascular. *Rev AMRIGS, Porto Alegre* 2014; 58(1): 69-77.
28. Jensen MK, Bertioia ML, Cahill LE, Agarwal I, Rimm EB, Mukamal KJ. Novel metabolic biomarkers of cardiovascular disease. *Nat Rev Endocrinol* 2014; 10(11): 659-72.
29. Hajjar LA, Fernandes Jr CJ, Mercon ES, Góis AFT, Knobel E, Kopel L et al. Disfunção Miocárdica na Sepsis. *Rev Bras Ter Intensiva* 2004; 16(3): 185-91.
30. Von Haehling S, Genth-Zotz S, Bolger AP, Kalra PR, Kemp M, Adcock IM et al. Effect of noradrenaline and isoproterenol on lipopolysaccharide-induced tumor necrosis factor-alpha production in whole blood from patients with chronic heart failure and the role of beta-adrenergic receptors. *Am J Cardiol* 2005; 95(7): 885-9.
31. Kawai S, Kitabatake A, Tomoike H. Guidelines for diagnosis of takotsubo (ampulla) cardiomyopathy. *Circ J* 2007; 71(6): 990-2.
32. Compare A, Proietti R, Del Forno D, Vitelli A, Grieco A, Maresca L et al. Vulnerable personality and Takotsubo cardiomyopathy consequent to emotional stressful events: a clinical case report. *Monaldi Arch Chest Dis* 2011; 76(2): 99-103.
33. Redfors B, Shao Y, Omerovic E. Stress-induced cardiomyopathy (Takotsubo) – broken heart and mind? *Vasc Health Risk Manag.* 2013; 9: 149-54.
34. Graff S, Fenger-Gron M, Christensen Bo, Pedersen HS, Christensen J, Li J et al. Long-term risk of atrial fibrillation after the death of a partner. *Open Heart* 2016; 3: e000367 (1-7).
35. Gomes MF, Chowdhary N, Voursora E, Verdeli H. “When Grief Breaks Your Heart”: A Case Study of Interpersonal Psychotherapy Delivered in a Primary Care Setting. *J Clin Psychol.* 2016; 72(8), 807-17.

36. Crawford PA, Schaffer JE. Metabolic stress in the myocardium: Adaptations of gene expression. *J Mol Cell Cardiol* 2013; 55: 130-8.
37. Coupez E, Eschalier R, Pereira B, Pierrard R, Souteyrand G, Clerfond G et al. A single pathophysiological pathway in Takotsubo cardiomyopathy: catecholaminergic stress. *Arch Cardiovasc Dis.* 2014; 107(4): 245-52.
38. Douglas CR. Controle da ingestão alimentar. In: Douglas CR, organizador. *Tratado de fisiologia aplicada à nutrição*. São Paulo: Robe Editorial; 2002. p.473-84.
39. Vale S. Psychosocial stress and cardiovascular diseases. *Postgrad Med J* 2005; 81(957): 429-35.
40. Adameova A, Abdellatif Y, Dhalla NS. Role of the excessive amounts of circulating catecholamines and glucocorticoids in stress induced heart disease. *Can J Physiol Pharmacol* 2009; 87(7): 493-514.
41. Oliveira JS, Bressan J. Tecido adiposo como regulador da inflamação e da obesidade. *EFDeportes.com Rev Digital*. [serie na internet] 2010 nov. [acessado 19 Jun 2017]; ano 15, 150: [aprox.10]p. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd150/tecido-adiposo-como-regulador-da-obesidade.htm>
42. Almeida EJ, Garcia-Santos S, Haas EI. Padrões especiais de luto em mães que perderam filhos por morte súbita. *Rev Psicol.* 2011; 3(2): 607-16.
43. Dietz LJ, Stoyak S, Melhem N, Porta G, Matthews KA, Walker Payne M et al. Cortisol Response to Social Stress in Parentally Bereaved Youth. *Biol Psychiatry* 2013; 73(4): 379-87.
44. Norcliffe-Kaufmann L, Kaufmann H, Martinez J, Katz SD, Tully L, Reynolds HR. Autonomic findings in Takotsubo cardiomyopathy. *Am. J. Cardiol.* 2016; 117(2): 206-13.
45. Ried K, Fakler P. Potential of garlic (*Allium sativum*) in lowering high blood pressure: mechanisms of action and clinical relevance. *Integr Blood Press Control.* 2014; 7:71-82.
46. Suleria HA, Butt MS, Anjum FM, Saeed F, Khalid N. Onion: nature protection against physiological threats. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2015; 55(1): 50-66.
47. Zhang H, Tsao R. Dietary polyphenols, oxidative stress and antioxidant and anti-inflammatory effects. *Curr Opin Food Sci.* 2016; 8: 33-42.
48. Campos MTFS, Coelho AIM. *Alimentação saudável na terceira idade: estratégias úteis*. 3 ed. atual. ampl. Viçosa, MG: Editora UFV; 2013. p.55-100.
49. Angelo PM; Jorge N. Compostos fenólicos em alimentos – uma breve revisão. *Rev Inst Adolfo Lutz* 2007; 66(1): 1-9.

50. Costa T, Jorge N. Compostos Bioativos Benéficos Presentes em Castanhas e Nozes. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2011; 13(3): 195-203.
51. Marion M, Carvalho JAM, Bochi GV, Sangoi MB, Moresco RN. Ácido úrico como fator de risco para doenças cardiovasculares e síndrome metabólica. *Rev Bras Farm* 2011; 92(1): 3-8.
52. Gabriel EA, Almeida APF, Saraiva JFK. Hiperuricemia como fator de risco cardiovascular. *Rev Ciênc Méd* 2001; 10(2): 43-6.
53. Oliveira A de, Hermsdorff HHM, Cocate PG, Bressan J, Novello AA, Santos EC et al. The impact of serum uric acid on the diagnostic of metabolic syndrome in apparently healthy Brazilian middle-aged men. *Nutr Hosp* 2014; 30(3): 562-9.
54. Silva HA, Carraro JCC, Bressan J, Hermsdorff HHM. Relação entre ácido úrico e síndrome metabólica. *Einstein* 2015; 13(2): 202-8.
55. Rizkalla SW. Health implications of fructose consumption: a review of recent data. *Nutr Metab* 2010; 7(82): 1-17.
56. Lustig RH. Fructose: It's "Alcohol Without the Buzz"<sup>1-3</sup>. *Adv Nutr* March 2013; 4: 226-35.
57. Silva BYC, Martins TF. Alimentos prebióticos e probióticos na manutenção da saúde humana: qual a abrangência? *Rev Aten Saúde* 2015; 13(44): 71-9.
58. Gusmão LS, Sperandio N, Morais DC, Dutra LV, Pinto CA, Priore SE. Utilização de indicadores dietéticos como critérios prognósticos da Síndrome Metabólica. *RASBRAN* [internet] 2014 Jan-Jun [22 Mai 2017]; ano 6, (1): 37-46. Disponível em: [www.rasbran.com.br/rasbran/article/download/166/127](http://www.rasbran.com.br/rasbran/article/download/166/127)
59. Cryan JF. Stress and the microbiota-gut-brain axis an evolving concept in psychiatry. *Can J Psychiatry* 2016; 61(4): 201-3.
60. Bercik P, Collins SM, Verdu EF. Microbes and the gut-brain axis. *Neurogastroenterol Motil* 2012; 24(5): 405-13.
61. Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AMP et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 100(1Supl.3): 1-40.
62. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients). *National Academy of Sciences. Institute of Medicine. Food and Nutrition Board.* 2005.
63. Barbosa JHP, Oliveira SL, Seara LT. O papel dos produtos finais da glicação avançada (AGEs) no desencadeamento das complicações vasculares do diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008; 52(6): 940-50.

64. Uribarri J, He JC. The low AGE diet: a neglected aspect of clinical nephrology practice? *Nephron*. 2015; 130(1): 48-53.
65. Shibao J, Bastos DHM. Produtos da reação de Maillard em alimentos: implicações para a saúde. *Rev. Nutr.* 2011; 24(6): 895-904.
66. Scherr C, Ribeiro JP. Composição química de alimentos: implicações na prevenção da aterosclerose. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2011; 57(2): 153-7.
67. Esperidião-Antônio V, Majeski-Colombo M, Toledo-Monteverde D, Moraes-Martins G, Fernandes JJ, Assis MB et al. Neurobiologia das emoções. *Rev Psiquiatr Clín* 2008; 35(2): 55-65.
68. Bandeira MF, Barbieri V. Personalidade e Câncer de Mama e do Aparelho Digestório. *Psic Teor e Pesq* 2007; 23(3): 295-304.
69. Vadalá S, Pellegrini D, Verdaguer MF, Schrappe M, Álvarez J, Bruetman JE. Cardiomiopatía inducida por estrés (Takotsubo) en una paciente con anorexia nerviosa / Stress (Takotsubo) cardiomyopathy in a patient with anorexia nervosa. *Medicina* 2014; 74(3): 222-4.