



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Luto na Terceira Idade após Viuvez

Ana Isabel Teodósio

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gerontologia**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Johanna Schouten

Covilhã, Outubro de 2013



*“A vida não é um corredor recto e fácil,  
no qual possamos caminhar livremente sem limitações;  
mas sim um labirinto com passagens,  
através das quais temos de procurar o nosso caminho,  
perdidos, confusos, e de vez em quando chegando a um beco sem  
saída.*

*Mas, se tivermos fé,  
Deus abrir-nos-á, sempre, uma porta;  
talvez não aquela que nós próprios tenhamos planeado,  
mas uma que, na sua essência,  
provará ser boa para nós.”*

*A.J.Cronin*



# Agradecimentos

Quero começar por agradecer a todos os que, de forma direta ou indireta, deram a sua contribuição para a concretização deste trabalho, pela extrema cordialidade e colaboração.

- Agradeço à professora e, orientadora desta investigação, Doutora Maria Johanna Schouten que permitiu a realização e concretização desta pesquisa;

- Agradeço também, à Professora Doutora Soledad Las Heras pela ajuda e dedicação que me prestou na elaboração dos inquéritos, no tratamento estatístico e na formulação da parte metodológica em geral. Obrigado pela simpatia e por todo o auxílio que prestou para que esta investigação se tornasse possível;

- Agradeço ainda, às diversas Direções Técnicas dos vários Lares por me terem dispensado algum do seu tempo para que fosse possível a recolha dos dados de que necessitei.

- Agradeço por fim, à minha vizinha Mestre Sandra Duarte que me ajudou durante todo o meu percurso académico e agora em particular na concretização desta investigação, sem ela não teria sido possível ter conseguido terminar em tempo útil; à minha família que nunca me deixa desistir e, ao Tiago a quem este trabalho subtraiu tempo mas ainda assim estando sempre ao meu lado e sempre com palavras de força para continuar. Um obrigado a todos muito sincero por gostarem de mim e me ajudarem sempre que preciso.

Em suma, expressar o nosso sentimento de gratidão aos que nos beneficiaram não é um mero dever de justiça, é sobretudo uma riqueza humana que se incorpora à nossa vida.



# Índice

|  |     |
|--|-----|
| Agradecimentos .....                                       | iv  |
| Resumo .....   | xii |
| Abstract .....   | xiv |
| 1. Introdução .....  | 16  |
| 2. Enquadramento Teórico .....                             | 18  |
| 2.1. Envelhecimento .....                                  | 18  |
| 2.1.1. Auto-percepção do envelhecimento .....              | 20  |
| 2.1.2. Visão antropológica e medo da morte .....           | 21  |
| 2.2. Luto.....   | 23  |
| 2.2.1. A expressão de sentimentos e o suporte social ..... | 26  |
| 2.2.2. Viuvez e ajustamento social.....                    | 27  |
| 2.3. Mecanismo de <i>Coping</i> .....                      | 28  |
| 2.3.1. <i>Coping</i> religioso.....                        | 29  |
| 3. Hipóteses.....  | 32  |
| 4. Metodologia .....                                       | 33  |
| 4.1 Tipo de estudo.....                                    | 33  |
| 4.2 População em estudo.....                               | 33  |
| 4.3 Método de recolha de dados .....                       | 34  |
| 4.4 Variáveis.....   | 35  |
| 4.5 Tratamento estatístico.....                            | 35  |
| 5. Resultados .....  | 37  |
| 6. Discussão .....   | 46  |
| 7. Conclusão e Limitações.....                             | 49  |
| 8. Bibliografia .....                                      | 50  |
| Anexos .....   | 54  |



## Índice de Quadros

|   |    |
|---|----|
| Quadro I - Definição dos vários conceitos de “idade” .....                              | 19 |
| Quadro II - Modelos de Philippe Ariès.....  | 22 |
| Quadro III - Fases do processo de luto .....  | 24 |
| Quadro IV - Tarefas de luto do Modelo de Worden (1991) .....                            | 25 |
| Quadro V - Resultados das questões efetuadas na Escala de <i>Coping</i> .....           | 43 |
| Quadro VI - Cargas fatoriais do <i>coping</i> religioso e do <i>coping</i> social ..... | 44 |
| Quadro VII - Correlação das hipóteses com a significância estatística .....             | 45 |

## Índice de Gráficos

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1: Distribuição dos idosos quanto ao sexo .....   | 37 |
| Gráfico 2: Distribuição dos idosos relativamente à idade.....   | 37 |
| Gráfico 3: Distribuição dos idosos quanto ao local de residência .....  | 38 |
| Gráfico 4: Distribuição dos idosos pelo seu nível de escolaridade .....   | 38 |
| Gráfico 5: Distribuição dos idosos quanto ao tempo de perda .....   | 39 |
| Gráfico 6: Distribuição dos idosos relativamente ao facto de terem recebido ajuda.....  | 39 |
| Gráfico 7: Distribuição dos idosos face a quem os apoiou após a perda .....   | 40 |
| Gráfico 8: Distribuição dos idosos (viúvos há menos de 1 ano) quando questionados sobre como estavam a lidar com a perda .....                          | 41 |
| Gráfico 9: Distribuição dos idosos (viúvos há mais de 1 ano) quando questionados sobre como se ajusta a sua vida em relação à perda.....                | 41 |
| Gráfico 10: Distribuição dos idosos quando inquiridos sobre se a experiência de dor pela qual passaram tinha mudado as suas relações com os outros..... | 42 |
| Gráfico 11: Distribuição dos idosos quando inquiridos sobre se a experiência de dor pela qual passaram alterou a forma de estar na vida .....           | 42 |



# Lista de Abreviaturas

**CASQ** - *Coping Across Situation Questionnaire*

**KMO** - Kaiser-Meyer-Olkin

**QSL** - Questionário sobre o Luto

**sig.** - Significância estatística

**SPSS** - *Statistical Package for Social Sciences*



# Resumo

Com este trabalho pretende-se perceber, numa população em estudo, qual das técnicas de *coping*, social (não religioso) e/ou religioso, é a mais utilizada para se ultrapassar o luto após viuvez, bem como perceber se as mesmas são influenciadas ou não pelas diferentes variáveis sócio-demográficas.

Aplicou-se um questionário a um grupo de 60 idosos que passam ou passaram por um processo de luto após viuvez. O mesmo é constituído por três partes, a primeira avaliava variáveis sócio-demográficas, a segunda, baseada no questionário QSL (este permite perceber as mudanças e transformações que ocorrem na vida das pessoas em luto) e, a terceira baseia-se no questionário CASQ (este visa a construção de um instrumento que possibilita avaliar o *coping* de forma ampla e em diversas áreas, permite portanto avaliar tendências na utilização de determinadas estratégias de *coping* quando frente a situações de *stress*).

Dos 60 idosos, 51 são do sexo feminino (85%) e 9 do sexo masculino (15%). 90% está viúvo (a) há mais de 2 anos, apenas 1,7% está viúvo (a) entre 6 meses e 1 ano e, 3,3% está viúvo (a) entre 0 e 6 meses.

Após análise estatística dos dados obtidos nos questionários extraíram-se os seguintes resultados, tendo sempre em conta um nível de significância de 0,05: a maioria dos idosos (66,6%) viúvos há menos de um ano, quando questionados sobre como estavam a lidar com a perda, responde que é muito difícil mas está a sobreviver e, os viúvos há mais de 1 ano, a maioria (60%) afirma que nunca se irá sentir melhor e não quer recomeçar a vida.

Os 60 idosos quando inquiridos sobre se as suas relações com os outros tinham mudado após a perda, tendem a referir que não há alterações e, apresentam os seguintes resultados: 61,7% refere que não, de modo algum; 35% afirma que sim, para melhor e, apenas 3,3% diz que sim mas para pior. E por último, relativamente à questão “a experiência de dor pela qual passou alterou a sua forma de estar na vida?” a maioria (45%) dos idosos indica que não, de modo algum; 23,3% afirma que sim, para melhor e, 31,7% indica que sim mas para pior.

Posteriormente, através de uma análise factorial foi possível extrair dois fatores, o que confirmou a existência de apenas dois tipos de *coping* (*coping* social e religioso).

Verificou-se ainda, que o *coping* religioso não interfere no processo de luto. Quanto ao *coping* social, este também não interfere no processo de luto e, a experiência de dor pela qual os idosos inquiridos passaram não alterou a forma de estarem na vida.

**Palavras-chave:** Luto, *coping* religioso, *coping* social, viuvez, idosos.



# Abstract

*The objective of this academic work is to understand in the population studied which of the social and/or religious coping techniques are most used to overcome the grief caused by the bereavement of the spouse. We also intend to see whether those techniques and strategies are influenced or not by some relevant social-demographic variables.*

*We submitted a questionnaire to 60 elderly people who had lost their spouse in the (relatively) recent past. This questionnaire consists of three parts, the first of which defines socio-demographic variables, the second, based on the questionnaire QSL, aims to understand the changes which happen in their lives after the bereavement, and the third is based on the questionnaire CASQ, which intends to develop an instrument which can assess the coping process in a broader way and in diverse areas. It thus enables us to assess tendencies in the use of certain coping strategies when people face stress situations.*

*Of the 60 elderly people interviewed, 51 are female (85%) and 9 are male (15%). 90% has been widowed since more than two years, only one person (1.7%) has been widowed between 6 months and a year and two persons (3.3%) lost their spouses in the period between zero and six months before the interview. The remaining three lost their spouses between one and two years before the research.*

*The questions asked dealt with the handling with the death of the spouses, the relationship of the interviewees with other people, and about possible changes in their lives resulting from the loss of their spouses. The data obtained in the questionnaires were analyzed statistically, and the results found always had a significance level of 0.05.*

*With a factorial analysis it was then possible to distinguish two factors, which confirmed the existence of only two types of coping: social coping and religious coping.*

*It was also concluded that religious coping does not interfere with the mourning process. Regarding social coping, this also does not interfere in the mourning process and the experience of suffering did not change their way of being in life.*

**Key-words:** *Mourning, religious coping, social coping, widowhood, older people.*



# 1. Introdução

A motivação para a realização de um trabalho de investigação nas áreas da psicologia do comportamento e sociologia, relacionado com comportamentos numa situação de solidão, reside na necessidade de melhor compreender, enquanto estudante de Gerontologia, os motivos que conduzem à solidão dos idosos aquando do processo de luto após viuvez.

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial e, Portugal não é exceção a este cenário pois, atualmente, um dos aspetos mais salientes da população portuguesa é a tendência para o crescimento da população idosa (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Os dados revelados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2008, estimaram que os idosos - indivíduos com 65 ou mais anos - constituíam cerca de 17,6% da população geral sendo que, desta, 58,3% eram mulheres.

Numa época em que *tabus* relacionados com a sexualidade e a religião começam a ser quebrados, a morte continua a ser um tema que a sociedade insiste em ignorar, segundo Barros (1998) por ser um conceito relativo, complexo e dependente de um contexto situacional.

Sendo a morte uma condição de vida, porque não estudá-la e tentar compreendê-la. Ariès (1988) considerava que, o que é verdadeiramente mórbido não é falar de morte, mas antes nada dizer sobre ela.

A escolha desta temática surgiu pelo facto de ser, nos dias de hoje, um assunto que suscita elevada preocupação à sociedade, visto que é necessário que hajam técnicas de *coping* para que os idosos após viuvez não “caiam” em solidão ou esquecimento, e desta forma, a sociedade consegue compreender as suas novas atividades e até contribuir de forma mais ativa na qualidade de vida desta população.

Tendo em conta o que aqui foi exposto a questão de investigação na qual se centra todo o estudo é: “Quais as técnicas de *coping* utilizadas para se ultrapassar o luto após viuvez?”. E com a aplicação dos inquéritos por questionário, os objetivos desta investigação foram:

1. Percecionar até que ponto a religião “ajuda” a ultrapassar o luto na população em estudo;
2. Verificar de que modo a experiência de dor pela qual passam ou passaram altera a relação com os outros, na mesma população em estudo;
3. Perceber se a experiência de dor pela qual passam ou passaram altera a forma de estar na vida, na mesma população em estudo.

Do ponto de vista estrutural, este estudo foi dividido em duas partes distintas, mas inter-relacionadas. A primeira parte é composta pela fundamentação teórica e nela aborda-se o conceito de envelhecimento, a auto-perceção da pessoa, a visão antropológica da morte e medo da mesma, o conceito de luto, a expressão de sentimentos, o suporte social e ainda, aborda-se o tema viuvez e ajustamento social. Será feita referência ao que atualmente se

entende por mecanismos de *coping*, tendo por base a perspectiva de diversos autores que servirão de fundamento ao trabalho de investigação propriamente dito. Em resumo, a descrição de ambas as temáticas (luto e *coping*) é o que confere a objetividade a este trabalho.

Na segunda parte faz-se uma apresentação da metodologia utilizada durante a fase de realização da pesquisa e das técnicas que foram utilizadas na obtenção de dados que permitiram chegar a resultados cientificamente credíveis.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. Envelhecimento

Todos os organismos multicelulares padecem de um limite de vida em que, ao longo da mesma, vão sofrendo mudanças fisiológicas. A vida destes organismos é normalmente dividida em três fases principais: a fase de crescimento e desenvolvimento, onde ocorre uma maturação dos órgãos e durante o qual o organismo vai crescendo e adquirindo capacidades funcionais que o tornam apto; a fase de reprodução, na qual a capacidade de reprodução é evidente e onde cada organismo garante a sobrevivência e evolução da sua espécie; e a fase de senescência ou envelhecimento, que é caracterizada por um declínio das capacidades funcionais anteriormente adquiridas (Cancela, 2007).

Na última fase do ciclo vital não se trata apenas de um fenómeno biológico e/ou psicológico, visto que não se pode descurar a influência que a sociedade detém durante este processo. Assim, há que ver o modo como cada cultura concebe os termos “jovem” e “velho”, bem como a intensidade do valor atribuído a cada uma dessas etapas vitais (Keong, 2010).

O envelhecimento é abordado como um processo que se manifesta mais durante a etapa da vida - tendencialmente denominado de “terceira idade” ou, mais atualmente, de “quarta idade”. Não falamos, portanto, apenas de um estado do ciclo vital mas sim, de um processo progressivo que afeta todos os seres vivos bio-psico-socialmente, sendo impossível datar o seu começo devido à individualidade de cada ser humano (Cancela, 2007).

Este complexo processo é uma etapa da vida muito estudada por diversos filósofos, cientistas e curiosos. Na antiguidade, surgiram dois pressupostos antagónicos desenvolvidos por Platão e Aristóteles dos quais, posteriormente, emergiram outras crenças e teorias. Na visão positivista de Platão, o ser humano envelhece tal como viveu e é ao longo da vida que este se deve preparar para envelhecer contínua e constantemente. Por outro lado, e numa visão mais negativista, Aristóteles refere que o envelhecimento é a última etapa da vida humana, podendo considerar-se como uma doença natural que acarreta alterações físicas e mentais (Keong, 2010).

Autores mais atuais como Fernandez-Ballesteros (2009) afirmam que o envelhecimento pressupõe um processo biológico em que se denota um declive na eficiência e eficácia de todos os sistemas biológicos, aumentando conseqüentemente a vulnerabilidade para doenças crónicas e agudas. No entanto, este processo é uma experiência única, individual e bio-psico-social para cada ser humano que pressupõe uma diversificação e heterogeneidade entre as pessoas de uma mesma sociedade (Keong, 2010). A respeito da

individualidade de cada ser humano, pode falar-se em diferentes conceitos para a “idade” como é visível no quadro abaixo representado.

**Quadro I - Definição dos vários conceitos de “idade”**

| <b>Idade</b>      | <b>Definição</b>   |
|-------------------|--|
| Idade Cronológica | Idade que corresponde ao número de anos vividos desde o nascimento do ser humano até ao momento presente, ou data da sua morte.  |
| Idade Biológica   | Idade intimamente ligada ao envelhecimento orgânico pois, ao longo do tempo, há modificações que diminuem o funcionamento dos órgãos e a sua auto-regulação.                                     |
| Idade Social      | Idade que se refere ao papel, estatuto e hábitos pessoais de cada indivíduo relativamente à sociedade em que se insere e que está fortemente determinada pela cultura vivenciada.                |
| Idade Psicológica | Idade relacionada com as competências comportamentais que o ser humano é capaz de mobilizar em resposta a mudanças do ambiente ou a fases de transição (ex.: inteligência, memória e motivação). |

**Fonte:** Cancela, 2007

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial e Portugal não é exceção a este cenário pois, atualmente, um dos aspetos mais salientes da população portuguesa é a tendência para o crescimento da população idosa (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Os dados revelados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2008, estimaram que os idosos - indivíduos com 65 ou mais anos - constituíam cerca de 17,6% da população geral sendo que, desta, 58,3% eram mulheres.

Tendo em conta os dados estatísticos apresentados frequentemente por diversos estudos, a população envelhecida é um grupo significativamente heterogéneo devido ao aumento da longevidade a que se assiste nos dias de hoje. A inversão da pirâmide etária deveu-se a uma mudança sócio-demográfica que continua a crescer a um ritmo incontrolável, originando uma alternância de lugares entre aquele que outrora fora o maior grupo da pirâmide - as crianças - e o grupo da população idosa (Keong, 2010).

A redefinição da estrutura etária acima referida, implica uma reformulação das políticas sociais face à nova realidade e um esforço acrescido da segurança social para o redimensionamento da saúde e do apoio social, ao nível do pagamento de reformas e benefícios nos serviços especializados a este grupo populacional (Cancela, 2007).

### 2.1.1. Auto-perceção do envelhecimento

A questão subjetiva da auto-perceção do envelhecimento tem vindo a ser estudada e assume, nos dias de hoje, um importante papel pois constitui uma imprescindível reflexão para a compreensão do complexo processo de envelhecer (Yassine, 2011).

A sociedade vê, na opinião de Silva (2005) o envelhecimento como um fenómeno social acompanhado de preconceitos, estereótipos e imagens negativas que influenciam os idosos na criação de expectativas menos positivas, contribuindo para uma valorização excessiva de conflitos/emoções negativas.

Segundo o mesmo autor, a auto-perceção de um indivíduo corresponde a um processo de identificação de estímulos do ambiente em que se insere sendo que, não se trata apenas de uma reprodução exata da realidade, mas sim de uma construção mental personalizada. Outrora, Holzman, definira a perceção como “o ponto de contacto psicológico entre nós mesmos e o ambiente” e na qual a sua principal função passa por conduzir a informação sobre o meio envolvente de cada ser humano para, posteriormente, integrar com outras funções psicológicas (ex.: aprendizagem, memória, julgamento e/ou antecipação).

No processo de envelhecimento, a informação transportada pela perceção, integra dimensões pessoais básicas tais como, a mudança e o autocontrolo pelo próprio corpo, a perceção da idade, o espaço físico, a orientação da vida e a reestruturação das relações significativas (Shin *et al*, 2002). Desta forma, e integrando as dimensões referidas, a auto-perceção do envelhecimento expõe um constructo multidimensional que abrange a satisfação do envelhecimento e a idade subjetiva, como principais indicadores da capacidade dos idosos em se adaptarem às constantes perdas vivenciadas (Kotter-Grühn *et al*, 2009).

Apesar de, geração após geração, se denotar uma mudança positiva relativamente aos idosos e ao seu processo de envelhecimento, é ainda frequente a aquisição de estereótipos ao longo da vida, para além do desenvolvimento da auto-identidade (Keong, 2010). Assim, quando os indivíduos atingem a velhice, esses mesmos estereótipos tornam-se relevantes, pois já foram internalizados anteriormente, levando à perceção negativa do envelhecimento (Levy *et al*, 2002).

Segundo o autor acima referido, na mesma linha de pensamento, os indivíduos percebem-se como pessoas idosas durante um processo que contempla dois estádios de expectativas: no primeiro não há uma relevância direta para o ser humano pois trata-se de expectativas que são internalizadas ao longo das etapas do ciclo vital; o segundo estádio ocorre quando o idoso se depara com situações do dia-a-dia e nas quais há uma provável expectativa negativa que pode ter um efeito adverso no mesmo.

Yassine (2011) refere que quando os adultos começam a ter consciência do seu declínio físico e/ou cognitivo, podem atribuir essas mudanças ao processo de envelhecimento, ocorrendo uma percepção do mesmo menos positiva, especialmente quando essa avaliação compara a condição atual com as fases mais jovens da sua vida.

Em suma, e segundo autores como Sneed e Whitbourne, os elevados níveis de estabilidade e auto-percepção positiva acerca do processo de envelhecimento tornam-se indicadores de resiliência e adaptação com sucesso em situações de *stress* físico, psicológico e ambiental. Contudo apesar deste positivismo durante o “envelhecer”, com o avançar da idade e a aproximação da morte, são cada vez mais os desafios negativos e perdas físicas e psicológicas do idoso, o que provoca nele uma crescente auto-percepção negativa (Yassine, 2011).

## 2.1.2. Visão antropológica e medo da morte

Na grande maioria das culturas contemporâneas e no passado, o Homem tem-se preocupado com a sua existência e, mais ainda, com a finitude (Barros, 1998).

A morte continua a ser um mistério que o Homem não consegue derrotar, desvendar e/ou controlar (Carvalho, 2006) sendo, talvez por isso, considerado “um fim miserável, que a todos nos torna iguais” (Barros, 1998).

Do ponto de vista biológico, a morte é considerada como o término de todas as funções vitais. No entanto, numa perspectiva psicológica, social e cultural, esta é considerada como a única certeza da vida que os seres humanos temem e consideram inevitável. (Singh *et al*, 2003).

Os tempos foram mudando, a sociedade transformou-se e o estudo destes temas foi suscitando um grande interesse por parte dos curiosos. Philippe Ariès (2000) realizou um estudo acerca da etapa final do ciclo vital e dividiu as várias atitudes perante a morte em cinco modelos principais, como é possível verificar no quadro 2, abaixo representado.

**Quadro II - Modelos de Philippe Ariès**

| Época             | Modelo/conceito                                | Definição/designação  |
|-------------------|--|---|
| Até ao século XII | “Morte domada”                                 | A morte era considerada familiar e próxima sendo que todos aguardavam a sua chegada com naturalidade e habitualmente junto do familiar, acompanhados pelo padre, médico, vizinhos e amigos mais próximos.   |
| Séculos XV e XVI  | “Morte de si próprio”                          | Na arte e na literatura, o cadáver foi associado ao horror da morte física e da decomposição fazendo com que a ocultação do mesmo fosse importante.   |
| Século XVII       | “Morte distante e próxima” ou “Morte aparente” | A morte passou de um acontecimento familiar e próximo para um momento violento e onde o medo de ser enterrado vivo prevalecia. Assim, surgiram os testamentos e as precauções subjacentes para a confirmação plena da própria morte (ex.: permanência do corpo no leito durante 48 horas e escarificação - golpes nos calcanhares). |
| Século XVIII      | “Morte do outro”                               | A morte passa a ser um acontecimento dramático e violento onde a pessoa é ‘roubada’ à sua família, iniciando-se os exagerados cultos nos cemitérios, as manifestações em memória do defunto e a atenção na família do mesmo.  |
| Séculos XIX e XX  | “Morte invertida”                              | Este conceito nasce pela troca da morte em casa para a morte num hospital sendo que esta passa a ser vista como vergonhosa e <i>tabu</i> e as suas exageradas manifestações são julgadas como anormais e descabidas.  |

Fonte: Carvalho, 2006

Ao contrário do que acontecia no início, são muitos os historiadores que consideram que, atualmente, “morremos higienicamente e sem odores em hospitais, onde o hábito é coordenar uma estruturação para o evento de morrer” e prolongar a morte através da medicina (Carvalho, 2006), ao invés de esperar que esta chegue para se proceder ao seu culto.

O medo da morte e da perda dos entes queridos tem vindo a crescer ao longo dos tempos mas, no entanto, há autores que consideram que o ser humano possui capacidades cognitivas suficientes para aceitar tanto a vida como a morte (Ardelt, 2000). Barros e Neto (2004) referem que morte é uma fase que pode acontecer em todas as idades e está na origem de muitos sintomas e/ou perturbações psíquicas devido ao medo de morrer (ex.: insónias, depressão, medos e obsessões). Assim, se houvesse ao longo da vida uma maior familiarização com a ideia da morte e da perda, esta não era considerada como uma tragédia ou horror (Carvalho, 2006).

Vários estudos indicam que o medo da morte é mais evidente na adolescência relativamente ao período da adultez, havendo uma maior predisposição para a ansiedade no sexo feminino. Quanto ao medo e à religião, constatou-se que existe uma relação positiva entre a ansiedade face à morte e uma elevada motivação religiosa inerente sendo que os muçulmanos apresentam níveis de ansiedade mais baixa relativamente aos cristãos (Barros e Neto, 2004).

Kübler-Ross, em 1998, a partir de estudos realizados em diversos povos, referiu que “a morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-lo em vários níveis” sendo notório a grande repugna desde sempre, por parte do Homem, quando se fala, sente ou pressente a mesma.

## 2.2. Luto

A vida e a morte andam diariamente de mãos dadas marcando ambas presença no quotidiano do ser humano sendo que, à medida que as etapas do ciclo vital vão sendo vividas, o Homem aproxima-se do incontornável destino final - a morte. No entanto, ao longo do caminho são vários os momentos penosos de confrontação com esta, tais como a perda das pessoas significativas (Melo, 2004).

A morte e o luto reportam o ser humano para sentimentos de perda de familiares e/ou entes próximos, pelo que é essencial compreender a importância e influência que os laços afetivos têm no processo de luto. Assim, através da Teoria da Vinculação de Bowlby (1980) é possível verificar-se que o estabelecimento de vínculos está inerente ao um instinto inato que potencia sentimentos de proteção e segurança, tornando possível a sobrevivência. Bowlby refere que quando se perde um objeto significativo, existem determinados comportamentos biológicos como chorar, agarrar e procurar que surgem como respostas à perda, de forma a restaurar o equilíbrio perdido (Carvalho, 2006).

A maior parte das sociedades adotou rituais e simbolismos próprios como forma de proteção no conflito vida *versus* morte. Ao nível da cor, é possível verificar-se que, nalgumas

culturas, o branco, o amarelo e o violeta caracterizam o luto ao invés de outras, como a sociedade ocidental, que utiliza o preto como um reconhecimento da perda. Outro simbolismo evidente na sociedade predominantemente católica é o ato religioso representado pela missa de corpo presente e missa de sétimo dia (Oliveira e Lopes, 2008).

Nesta linha de pensamento, segundo o autor acima referido, durante o luto é notável uma expressão de sentimentos aos níveis físico-emocionais decorrentes da perda onde se torna fulcral a percepção de que a morte é real e a partir da qual é possível estabelecer novas concepções acerca do mundo favorecendo investimentos pessoais. Assim, através da análise de algumas das teorias formuladas ao longo dos tempos, este processo inclui quatro fases principais pelas quais o enlutado passa - fase do choque, fase do desejo, fase da desorganização e fase da reorganização.

### Quadro III - Fases do processo de luto

| Fase                   | Descrição  |
|------------------------|--|
| Fase do choque         | Nesta fase é possível observarem-se sentimentos como o desespero, a irritabilidade e o isolamento podendo ter a durabilidade de horas ou dias. Esta fase de expressão de sentimentos ocorre como manifestação de defesa perante a perda.   |
| Fase do desejo         | Fase caracterizada por um forte impulso de procura da figura perdida onde o enlutado se desloca a locais que a pessoa normalmente frequentava como forma de descaracterizar a perda. O enlutado pode permanecer nesta fase durante meses ou anos manifestando ocasionalmente episódios de choro e tristeza aquando constatação da sua inutilidade perante a morte do ente querido. |
| Fase da desorganização | Fase que, muitas vezes, é confundida com a fase do desejo pois a intensidade desta vai depender da personalidade, experiências prévias e apoio prestado ao enlutado por parte dos familiares e sociedade envolvente. Aqui é notória uma alteração de rotinas e instabilidade emocional com vista ao equilíbrio transmitido pela pessoa perdida.                                    |
| Fase da reorganização  | Nesta fase ocorre a aceitação da perda definitiva e conseqüente consciencialização de que a vida tem que retomar o seu rumo. Apesar destes sentimentos de força para prosseguir, poderá haver episódios recidivos de tristeza e saudade.   |

Fonte: Oliveira e Lopes, 2008

O processo de luto, segundo Sullivan, permite ao enlutado a oportunidade de libertar os vínculos afetivos pelo que, quando mais forte forem os laços estabelecidos ao longo da vida, maior será o sofrimento presente após uma possível separação ou perda (ex: rutura afetiva, incapacidade física, morte, divórcio, migração, etc.) (Oliveira e Lopes, 2008).

Este processo é, então, segundo Sanders (1999), uma representação de um estado experiencial que a pessoa sofre após se consciencializar da perda. Para o restabelecimento do equilíbrio e processo de luto fiquem completos, é necessário concretizar uma série de tarefas de luto. Worden, em 1991, desenvolveu quatro tarefas básicas que requerem esforço com vista ao equilíbrio bio-psico-social do enlutado.

**Quadro IV - Tarefas de luto do Modelo de Worden (1991)**

| Tarefa   | Descrição  |
|--|--|
| 1 - Aceitar a realidade da perda                                 | Esta tarefa consiste num período de descrença e surpresa de que a morte aconteceu. Nele são envolvidos processos para uma aceitação de que a pessoa ou objeto perdido não regressarão, mesmo quando a perda é esperada.  |
| 2 - Trabalhar a dor advinda da perda                             | Nesta fase o enlutado deve permitir-se a si mesmo sentir a dor da perda pois evitá-la ou suprimi-la só prolonga o processo de luto. A negação de que a dor está presente pode, mais tarde, culminar em lutos patológicos ou alterações psiquiátricas (ex: depressão <i>major</i> ).  |
| 3 - Ajustar-se a um ambiente em que o falecido está ausente      | Esta tarefa tem diferentes significados dependendo da relação estabelecida com a pessoa falecida e dos diversos papéis que esta desempenhava. Assim, existem três áreas de ajustamento pós-perda: ajustamento externo (funcionamento rotineiro e diário), ajustamento interno (no sentido do <i>self</i> ) e ajustamento de crenças (ideais, valores e crenças acerca do mundo). |
| 4 - Transferir emocionalmente o falecido e prosseguir com a vida | O processo de luto termina após a realização desta tarefa pois o enlutado deixa de necessitar de reavivar constantemente a representação do falecido com grande intensidade e segue com a sua vida estabelecendo novos vínculos e/ou fortalecendo outros.  |

Fonte: Carvalho, 2006

Paralelamente a todas as fases e/ou tarefas de luto definidas pelos diversos modelos teóricos, existem sintomas fisiológicos, cognitivos, espirituais, emocionais e comportamentais tais como a tristeza, solidão, distanciamento social, choro, inquietude, etc., que são esperados após a perda de um ente querido (Carvalho, 2006).

Posto isto, é essencial distinguir-se um processo de luto bem-sucedido de um processo de luto patológico. Tal como tem vindo a ser referido, o luto considerado bem-sucedido tem implícitas diversas fases e tarefas pelas quais o enlutado vai passando até conseguir aceitar a perda definitiva do falecido falando acerca dele como alguém importante que deixará saudade (Passos, 2005) Por outro lado, segundo Carvalho (2006) para se diagnosticar o luto patológico, têm que estar reunidos alguns critérios definidos nas teorias de Bowlby e Worden tais como a ansiedade extrema face ao falecido, a não-aceitação da perda, a incapacidade de reinvestir na vida, em si próprio e nos outros.

Apesar de o processo de luto ser considerado um mecanismo universal que ocorre nas diversas espécies, cada ser humano tem a sua forma idiossincrática de o realizar variando de pessoa para pessoa tendo em conta a faixa etária em que se insere, as experiências vivenciadas anteriormente e tipo de afetividade que o enlutado estabelecia com a pessoa falecida (Melo, 2004).

### 2.2.1. A expressão de sentimentos e o suporte social

O indivíduo que perde alguém, normalmente não consegue falar nem transpor a sua dor nos grupos com quem convive habitualmente pois, por um lado, as pessoas mais próximas não oferecem ajuda por sentirem que devem respeitar a dor do enlutado, e por outro, não conversam acerca do assunto com receio de se angustiarem com a ideia de que a morte poderá ocorrer no seu núcleo mais próximo (Carvalho, 2006)

*“As restrições da manifestação aberta dos afectos relativamente à perda, remontam ao século XIX e os seus vestígios perduram como uma das características da civilização ocidental cada vez mais secularizada, menos ritualizada e com tendência a negar a morte.”* (Carvalho, 2006 pp. 10)

Boelen (2003) refere que a perda de um ente querido é considerada um dos acontecimentos de vida mais stressantes que uma pessoa pode vivenciar embora a maioria dos indivíduos consigo terminar o processo de luto sem ajuda profissional.

Nas diversas áreas profissionais, nomeadamente ao nível da saúde, foram surgindo iniciativas como forma de ajudar as pessoas enlutadas na expressão de sentimentos pois, segundo a opinião de alguns teóricos, a partilha de emoções em grupos de discussão

possibilita às pessoas encontrarem saídas individuais face aos problemas de conflito social que caracterizam o processo de luto (Rebelo, 2005).

## 2.2.2. Viuvez e ajustamento social

A morte de um ente querido, principalmente quando se trata de um cônjuge (numa família em que os filhos já não moram na mesma casa) pode conduzir a sentimentos de solidão. Esta é reconhecida como uma das maiores causas do sofrimento humano pois tem em si associados sentimentos de ausência de uma vinculação íntima, sentimentos de vazio e sentimentos de abandono (Beal, 2006).

As classes mais jovens têm a perceção de que a solidão é um sentimento muito presente nos mais velhos. É também comum fazer-se uma associação direta entre a velhice e a solidão, visto que se considera normal a existência deste sentimento por parte do idoso. Esta visão espelha muitas das atitudes comuns sobre o envelhecimento, pois, de um modo geral, os idosos são considerados conservadores, inflexíveis, passivos, com doenças físicas e mentais (Freitas, 2011).

A autora acima referida indica ainda que, o interesse pela solidão sentida pelos idosos aumentou, nos últimos anos, devido ao aumento do número de indivíduos com mais de sessenta e cinco anos. A solidão tem sido vista como um dos maiores problemas das pessoas de idade. No entanto, têm sido feitas investigações que demonstram que não há uma relação direta entre solidão e pessoas idosas. Há, antes, fatores quer pessoais, quer sociais, que contribuem para a solidão. A experiência desta pode dever-se à dor emocional pela perda de alguém que se ama, a um sentimento de exclusão ou marginalidade de laços sociais.

Contudo, existe uma diferença entre solidão e luto, pois a solidão é o que conduz a um isolamento social; porém, o luto é essencialmente uma época que corresponde ao período a seguir à perda de um ente querido, alguém que se ama (cônjuge) e, devido à dor que a pessoa sente pode promover momentos de solidão e isolamento social.

O processo de luto perante a morte de um ente querido é normalmente seguido por um ajustamento normal à perda, podendo ocorrer sem incidentes ou, ao invés, tornar-se num processo prolongado, complicado e extremamente penoso (Gilewski, 1991). Visto que para a maioria dos adultos, a relação conjugal é considerada a principal fonte de suporte emocional, a morte do cônjuge proporciona não só momentos de solidão, como também o isolamento social consequente da alteração de rotinas visto que o viúvo passa a funcionar como um elemento singular (Weiss, 1973).

Ao longo das pesquisas efetuadas na literatura é possível verificar-se que termos como o “luto” - *bereavement* ou *mourning* - e “viuvez” - *widowhood* - não são substituíveis. Ao contrário do processo de luto, a viuvez é um estado contínuo e de longo prazo que relaciona mudanças na condição emocional, social, económica e de estilo de vida (Kaprio, 1987).

Embora com um fio condutor comum, estes dois conceitos desencadeiam desafios separados, mudanças e dificuldades bio-psico-sociais em que, na viuvez, se tornam uma resposta normal ao evento da perda até que o cônjuge se consiga ajustar à nova realidade (Onrust e Cuijpers, 2006). Para que o equilíbrio seja recuperado, alguns teóricos como Bowlby propuseram que o viúvo passa pelas fases de choque, protesto, desespero e recuperação (Keong, 2010).

Segundo a autora Keong (2010), apesar da aceitação do estado de viuvez, os viúvos sentem geralmente um laço com a pessoa perdida que pode durar décadas, sendo que todas as memórias se podem transformar em conforto em alguns momentos, e em ansiedade noutros.

### 2.3. Mecanismo de *Coping*

Lutar, competir com sucesso ou em igualdade de condições: esta é a tradução literal do verbo inglês “*to cope*”, cujo significado também pode ser descrito como a ação de “lidar adequadamente com uma situação”, superando as dificuldades ou limites que essa situação apresenta (Schviger, 2009).

Em Psicologia, o *coping* é pesquisado, sobretudo, na relação com o stress, sendo definido como “tentativa ou empenho para lidar com exigências externas (do ambiente) ou internas (do próprio sujeito) percebidas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa.” (Folkman e Lazarus, 1984).

Sabe-se que cada indivíduo é afetado de maneira diferente por eventos stressantes, sendo que alguns são mais susceptíveis às suas consequências e outros mais resistentes.

O interesse pela investigação das diferentes formas de adaptação dos indivíduos a circunstâncias adversas, bem como os esforços efetuados para lidar com situações stressantes têm-se constituído um objeto de estudo ao longo de várias décadas. A partir da década de 60 iniciou-se uma nova linha de pensamento e estudo em que os mecanismos adaptativos - o ato de *coping* - foram considerados como um processo flexível e propositado, adequados à realidade do indivíduo e orientados para o futuro (Antoniazzi, 1999).

O *stress* ocorre quando as exigências de uma determinada situação ultrapassam os recursos comportamentais e cognitivos disponíveis sentidos pelo ser humano. Assim, a resposta ao *stress* ou a exposição a uma situação stressante causa nos indivíduos alterações a nível biológico, psicológico e do comportamento observável pelo que estes reagem de forma a gerir os acontecimentos e a ajustar-se a eles (Carvalho, 2006).

Lazarus e Folkman (1984) elaboraram o modelo transacional que defende que o indivíduo, aquando exposto a uma situação de *stress*, inconscientemente avalia a situação e, dependendo do significado que esta representa para si, a sua reação é determinada pela perceção mais ou menos ameaçadora da situação, empregando estratégias de *coping* para ultrapassar o conflito.

Nesta linha de pensamento, e segundo os mesmos autores, *coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com exigências específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress*, avaliadas como superiores aos seus recursos pessoais (Faria, 2005).

Segundo esta contextualização, o processo de *coping* foi classificado tendo em conta duas categorias funcionais: o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção. O *coping* focado na emoção define-se como um esforço para regular e equilibrar o estado emocional que se encontra associado ao *stress* ou a um conjunto de resultados stressantes, com o objetivo de alterar o estado emocional do indivíduo aquando compreendido ao nível somático e sentimental. O *coping* focado no problema refere-se a um esforço para agir sobre um momento que deu origem ao *stress*, tentando alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente (Antoniazzi, 1999).

Atualmente, começam a surgir teóricos e estudos que referem começar a emergir outras estratégias de *coping*, tais como as focadas nas relações interpessoais (Antoniazzi, 1999), nas práticas religiosas e distração com o objetivo de resolver uma situação stressante (Faria, 2005).

### 2.3.1. *Coping* religioso

A cultura é considerada um conjunto de conteúdos, modos de pensamento e comportamentos que distinguem diferentes grupos de pessoas e que têm tendência para ser transmitidos de geração em geração, sendo um conceito abrangente que se caracteriza pela história, religião, tradições, valores e normas de conduta de uma determinada população (Parkes, 2003).

A religião, dentro das inúmeras características que se encontram associadas à cultura, é a que parece deter uma maior importância. É considerada como uma das maiores dimensões da vida humana na medida em que,

*“... influencia o sentido da vida e da morte, o modo como se encara o mundo e os homens, as alegrias e o sofrimento, o modo como se vive a vida familiar (atitude frente ao divórcio, ao aborto, ao número de filhos, etc.), a maneira como se interpreta e vive a sexualidade, a tolerância ou o racismo, a política, a profissão(...)”* (Barros, 2000 pp. 5)

As religiões estruturam-se segundo grandes ideias e dimensões caracterizadas por atitudes rituais onde se inserem os conceitos de religiosidade - adesão, crenças e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada - e espiritualidade - estilo de vida, disposições morais, carácter e visão do mundo do indivíduo (Barros, 2000). Para Smith (2012) a fé é maior entre as pessoas mais velhas, pois esta aumenta com a proximidade da morte.

Tendo em conta o conceito e tudo o que o envolve, Glock identificou cinco dimensões básicas da religião: a dimensão ritualística, referente à frequência a serviços religiosos; a dimensão vivencial que se refere ao conhecimento direto da realidade que deriva da experiência e/ou emoção religiosa; a dimensão ideológica que é considerada o sistema de crenças; a dimensão intelectual referente ao conhecimento teórico das doutrinas sagradas; e a dimensão consequencial baseada nas boas obras ou efeitos das dimensões referidas (Carvalho, 2006).

Desta forma, ao abordar os mecanismos de *coping*, é fulcral considerar a interligação destes com as diferentes culturas e religiões em determinadas situações, o ser humano atribui a Deus ou às Divindades o aparecimento ou resolução dos problemas pessoais e de saúde, recorrendo a Ele como um recurso cognitivo, emocional e comportamental no enfrentamento (Pargament, 1997).

O *coping* religioso é, assim, denominado de “estratégias cognitivas e comportamentais advindas da religião ou da espiritualidade do indivíduo, para lidar com situações stressantes” (Pargament, 1997). As conclusões acerca da prevalência deste tipo de *coping* em estudos atuais indicam que nem todos os indivíduos recorrem a estratégias relativas à religiosidade, havendo uma maior propensão da sua utilização por parte de pessoas para as quais as crenças e práticas religiosas são parte relevante da sua orientação geral de vida (Carvalho, 2006). Segundo Flynn (2013) as mulheres são mais religiosas. Quanto ao nível educacional, as classes menos cultas são as que apresentam valores mais elevados para a religiosidade (Carvalho, 2006).

Dull e Skokan (1995) e Siegel *et al* (2001) desenvolveram modelos teóricos que referem a concepção de que as crenças e práticas religiosas podem ser mediadoras do processo de saúde-doença pelo desenvolvimento de recursos cognitivos que aumentam os mecanismos pessoais de *coping*, pois permitem atribuir um significado aos acontecimentos stressores (Carvalho, 2006).

De acordo com a autora acima referida, evidências recentes entre o coping religioso e as medidas de adaptação psicológica num processo de transição (divórcio, processo de luto, etc.) indicam que os indivíduos com mais experiência e práticas religiosas demonstram menos ansiedade e depressão aquando do enfrentamento com o problema.

Em conclusão, os mecanismos de coping permitem que um individuo possa ultrapassar as dificuldades que poderão surgir ao longo da vida, em particular este período (luto) após viuvez, pois para muitos torna-se a perda do sentido de viver.

Tendo em vista a intenção de fazer uma pesquisa empírica sobre a problemática em questão, segue-se no capítulo a seguir a exposição das hipóteses.

### 3. Hipóteses

A hipótese é a formulação de uma suposição sobre a relação entre duas ou mais variáveis que sugere uma resposta para a questão da pesquisa. A hipótese converte a questão apresentada pelo problema de pesquisa numa formulação declarativa que pressupõe um resultado esperado (LoBiondo *et al*, 2001).

Para a elaboração deste trabalho e com base na revisão bibliográfica efetuada foram definidas as seguintes hipóteses de investigação:

**Hipótese 1:** A adesão às técnicas de *coping* é influenciada pela faixa etária, na população em estudo.

**Hipótese 2:** A adesão às técnicas de *coping* é influenciada pelo sexo, na população em estudo.

**Hipótese 3:** A adesão às técnicas de *coping* é influenciada pelo local de residência, na população em estudo.

**Hipótese 4:** A adesão às técnicas de *coping* é influenciada pelo nível educacional, na população em estudo.

**Hipótese 5:** A adesão às técnicas de *coping* depende do tempo de luto.

**Hipótese 6:** A adesão às técnicas de *coping* depende do facto do enlutado ter recebido ajuda.

**Hipótese 7:** A adesão às técnicas de *coping* depende de como o enlutado se ajusta à perda (menos de 1 ano).

**Hipótese 8:** A adesão às técnicas de *coping* depende de como o enlutado se ajusta à perda (mais de 1 ano).

**Hipótese 9:** A adesão às técnicas de *coping* depende de como é relação do enlutado com os outros.

**Hipótese 10:** A adesão às técnicas de *coping* depende da forma de estar do enlutado na vida.

A confirmação, ou não, destas hipóteses atinge-se através de um trabalho de investigação empírica, cuja metodologia será exposta no capítulo seguinte.

## 4. Metodologia

Neste capítulo pretende-se identificar a metodologia usada na elaboração desta dissertação. Esta pode ser definida como um conjunto de conhecimentos e habilidades que permitem ao investigador orientar-se no processo de pesquisa, tanto na seleção de conceitos como na elaboração de hipóteses ou aplicação de técnicas adequadas de colheita de dados (Polit e Hungler, 1987).

Segundo Bell (2002), esta “procura explicar como a problemática será investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados”.

Sendo assim, a metodologia fornece a informação necessária para que uma pesquisa possa atingir o resultado desejado.

### 4.1 Tipo de estudo

Foi levado a cabo um estudo descritivo, com o intuito de identificar, registar e analisar as características, fatores ou variáveis que se relacionam. Neste tipo de estudo não existe interferência do investigador, o que permite ao mesmo e, após recolha de dados efetuar a análise das relações entre as variáveis e, posteriormente verificar como estas se comportam na realidade.

O estudo baseia-se numa metodologia quantitativa, recolhendo e analisando os dados de forma sistemática, estabelecendo relações entre variáveis no intuito de caracterizar o problema.

### 4.2 População em estudo

A amostra abrangeu quatro locais (apenas as direções destas instituições reagiram de forma positiva à solicitação da pesquisa), sendo esses: o Lar do Teixoso (Fundação Centro de Assistência Anita Pina Calado), o Lar de Alcária (Centro Social Nossa Senhora das Necessidades de Alcária), o Lar de Sobral de São Miguel (Associação de Solidariedade Social de Sobral de São Miguel) e o Lar da Vila do Carvalho (Centro Social Nossa Senhora da Conceição) e a pesquisa foi efetuada entre Janeiro e Abril de 2013. Foram escolhidos Lares porque isso facilita a recolha de dados, mas também porque, tratando-se de um público idoso, não é fácil a aproximação deste sem que seja feita uma apresentação prévia. Nos dias de hoje os idosos são constantemente avisados pela família e autoridades nacionais que não devem dialogar com estranhos.

Avaliaram-se os dados de 60 idosos que estão em processo de luto por viuvez, sendo que doze questionários foram preenchidos e recolhidos no Lar do Teixoso, vinte e dois no Lar de Alcária, onze no Lar de Sobral de São Miguel e quinze no Lar da Vila do Carvalho.

### 4.3 Método de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o inquérito por questionário (em anexo). Segundo Parasuraman (1991), um questionário é tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do estudo. De referir que neste estudo foi aplicado um questionário, que funcionou como semi-entrevista pois devido à idade dos idosos não era possível um procedimento de auto-preenchimento (de forma individual), pois muitos referiram dificuldade de visão. O preenchimento foi levado a cabo pela própria investigadora.

O questionário utilizado possui dois tipos de questões: por um lado questões de escolha múltipla e, por outro lado questões dicotómicas. Segundo Miguel (2012) estas questões têm a vantagem de ser facilmente aplicáveis, processadas e analisadas, existindo pouca possibilidade de erro e facilidade na resposta. De salientar que o questionário aplicado ao idoso é constituído por três partes.

A primeira parte visa recolher as características sociodemográficas dos participantes e, inclui os seguintes parâmetros: idade, género, local de residência, escolaridade e situação ocupacional.

A segunda parte consta de um conjunto de perguntas relativas ao contexto de perda e, para tal foram selecionadas algumas questões pertencentes ao Questionário sobre o Luto (QSL) - este permite perceber as mudanças e transformações que ocorrem na vida das pessoas em luto (Anexo 6), que foi elaborado a partir de algumas questões do Grief Questionnaire de Candyce Ossefort-Russel. O QSL contém questões relativamente a: tempo de perda, se a perda foi repentina ou esperada, se o enlutado foi capaz de pedir ajuda, se foi capaz receber essa ajuda quando oferecida, de quem recebeu apoio e se no momento continua a ter esse apoio, como está a ajustar a sua vida à perda, se acha que o apoio que recebeu/não recebeu influenciou a sua capacidade de enfrentar a perda, se a experiência de luto alterou as suas relações com os outros e, se alterou a forma de estar na vida (Carvalho, 2006).

E por último foi elaborada uma tabela, com base no questionário CASQ (*Coping Across Situation Questionnaire*), elaborado por Kav\_ek e Seiffge-Krenke (1996), que posteriormente foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Hutz e Antoniazzi em 1998 - este visa a construção de um instrumento que possibilita avaliar o *coping* de forma ampla e em diversas áreas, permite portanto avaliar tendências na utilização de determinadas estratégias de *coping* quando frente a situações de *stress* (Antoniazzi, 1999) (Anexo 7).

O questionário utilizado por Antoniazzi é constituído por 77 itens que foram produzidos consoante as necessidades que havia para posteriormente serem atingidos os seus objetivos, contudo no presente questionário apenas foram utilizados 17 itens relacionados com a temática para que fosse possível atingir os objetivos propostos inicialmente. Os 17 itens escolhidos ou selecionados neste estudo estão relacionados com as técnicas de *coping* que os idosos portugueses utilizam para ultrapassar o luto (*coping* social ou *coping* religioso). Em relação aos itens de *coping* religioso e *coping* social, foram escolhidos aqueles que após o pré-teste (este foi conseguido com a aplicação de 10 questionários) mostraram boa compreensão e adaptação à realidade portuguesa em termos de prática religiosa e de sociabilidade. Face a cada item é solicitado aos inquiridos que refiram a frequência com que experimenta ou experimentou essa situação. Esta distinção é conseguida através de uma escala do tipo *Likert* que varia de 1 a 5. Neste caso 1 equivale a - nunca, 2 - raramente, 3 - às vezes, 4 - frequentemente e 5 - sempre.

## 4.4 Variáveis

Na realização deste trabalho, assim como houve a necessidade de definir hipóteses, também foi imprescindível definir variáveis, que como o nome indica, é algo que varia. É portanto qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores, geralmente valores numéricos (Polit e Hungler, 1987).

Podem-se definir dois tipos de variáveis neste estudo: variável dependente e variável independente.

Entende-se por variável dependente a “característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente” (Almeida, 2003). Neste estudo, a adesão às técnicas de *coping* funciona como uma variável dependente.

Por outro lado, a variável independente, segundo Almeida (2003), entende-se como a “dimensão ou característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável - a variável dependente” e, neste estudo, os fatores que segundo a hipótese interferem na adesão às técnicas de *coping* constituem as variáveis independentes, tais como idade, género, residência, escolaridade, tempo de luto, ter recebido ajuda, a forma de se ajustar à perda, a relação com os outros e a forma de estar na vida.

## 4.5 Tratamento estatístico

O tratamento estatístico foi realizado recorrendo ao programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 19.0.

Para verificar a existência de correlação entre as variáveis independentes e dependentes foram aplicados vários testes.

Inicialmente os dados foram analisados de acordo com a metodologia descritiva usual (frequências, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo).

De seguida, através da elaboração de uma análise factorial foi possível obter o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) - varia entre 0 e 1 e compara as correlações simples com as parciais observadas entre as variáveis - que para este estudo revela o valor 0,707 e, Kaiser adjectiva este valor de Média, o que permite portanto a prossecução da análise factorial (Pestana *et al*, 2000). Através desta análise factorial dos componentes principais foi possível extrair 2 fatores, o que confirma a existência de apenas 2 tipos de *coping* (religioso e social).

Posteriormente, procedeu-se à aplicação do teste *Kolmogorov-Smirnov* para averiguar aderência ou não à normalidade. Como a maioria das variáveis não seguem uma distribuição normal nem apresentam homogeneidade de variância optou-se pela utilização de testes não paramétricos (*Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*) consoante a categoria das mesmas. A utilização do teste de *Mann-Whitney* deve-se ao facto deste comparar o centro de localização de duas amostras, ou seja, detecta a diferença entre as duas populações correspondentes. A utilização deste teste é preferível ao t quando há violação da normalidade, ou quando as variáveis são de nível ordinal com duas ou três categorias. O teste *Kruskal-Wallis* consiste numa alternativa ao teste *One-Way ANOVA* utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos da normalidade, ou da igualdade de variâncias, ou quando as variáveis são de nível ordinal com duas ou três categorias. Este teste é utilizado para testar a hipótese de igualdade no que se refere à localização (Pestana *et al*, 2000).

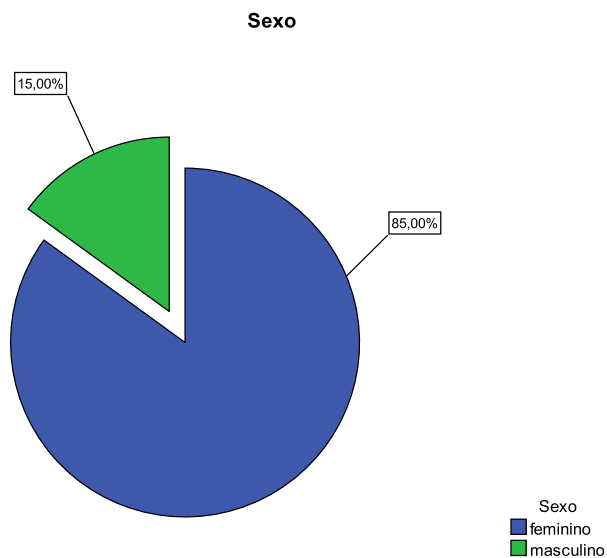
Foi considerado para todo o estudo, o valor de nível de significância,  $p < 0,05$ .

No estudo de validação dos instrumentos, a consistência interna da escala, que consta na questão 3 do questionário, foi avaliada através do alfa de *Cronbach* (0,796), segundo Pestana *et al* (2000) este é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis, podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. Varia entre 0 e 1, considerando-se como bom indicador de boa consistência interna ser superior a 0,8. Uma vez que a consistência interna que foi obtida em relação ao questionário foi de 0,796, embora não tenha superado o indicador de boa consistência interna (0,8) pois encontra-se no valor mínimo, permite a utilização deste na obtenção de dados de uma forma segura.

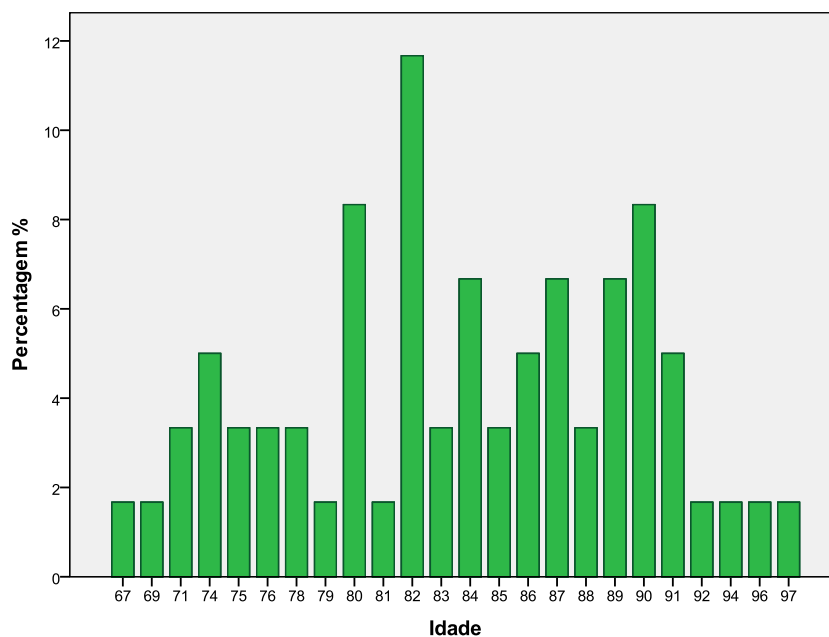
## 5. Resultados

Dos 60 idosos inquiridos em processo de luto, responderam ao questionário 51 idosos do sexo feminino (85%) e 9 do sexo masculino (15%). Sendo que o idoso mais novo tinha 67 anos e o mais velho 97 anos, a média de idades é de 83.40 anos. O gráfico 2 mostra a distribuição por idades.

**Gráfico 1:** Distribuição dos idosos quanto ao sexo

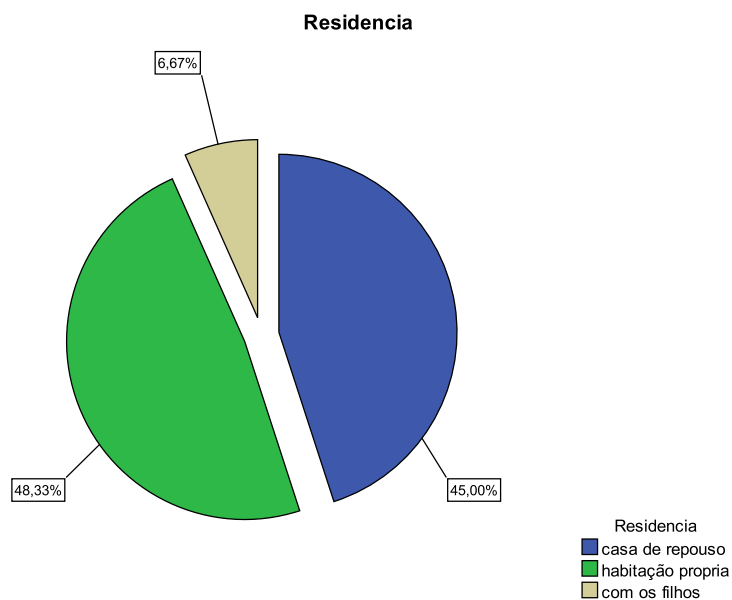


**Gráfico 2:** Distribuição dos idosos relativamente à idade



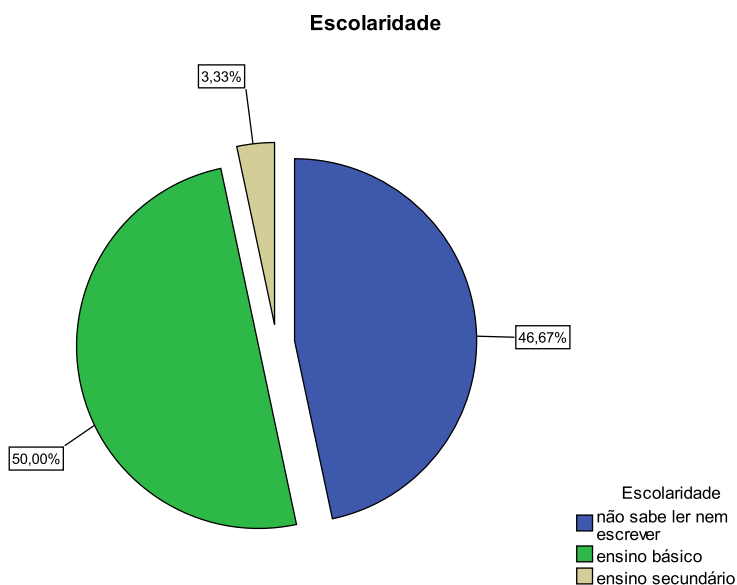
Em relação ao local onde os idosos residem, recolheu-se a seguinte informação: uma maioria das pessoas que desenvolveram o questionário, sendo 29 idosos (48.3% do total da população) reside numa habitação própria, 27 (45%) numa casa de repouso e apenas 4 (6,7%) reside com os filhos.

**Gráfico 3:** Distribuição dos idosos quanto ao local de residência



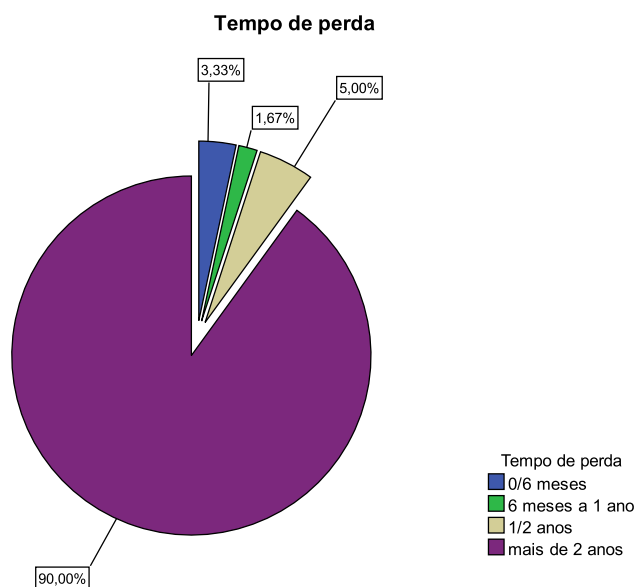
Quanto ao nível de escolaridade, os idosos apresentaram a seguinte distribuição: 46,7% não sabe ler nem escrever, metade (50%) frequentou o ensino básico e 3,3% o ensino secundário.

**Gráfico 4:** Distribuição dos idosos pelo seu nível de escolaridade



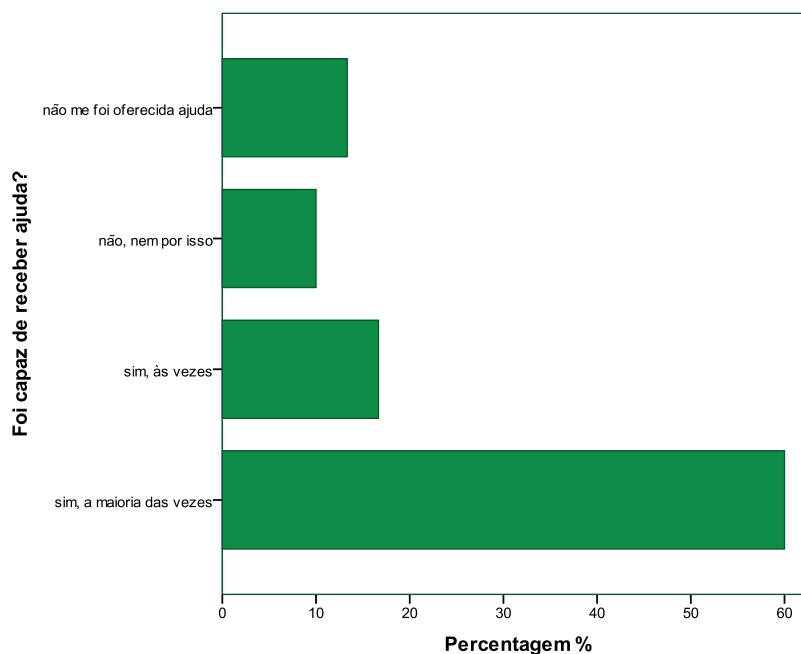
Quando inquiridos sobre o tempo de perda, pode verificar-se que a maioria (90%) dos idosos está viúvo há mais de 2 anos, 5% entre 1 e 2 anos, 1,7% entre 6 meses e 1 ano e 3,3% entre 0 e 6 meses.

**Gráfico 5:** Distribuição dos idosos quanto ao tempo de perda



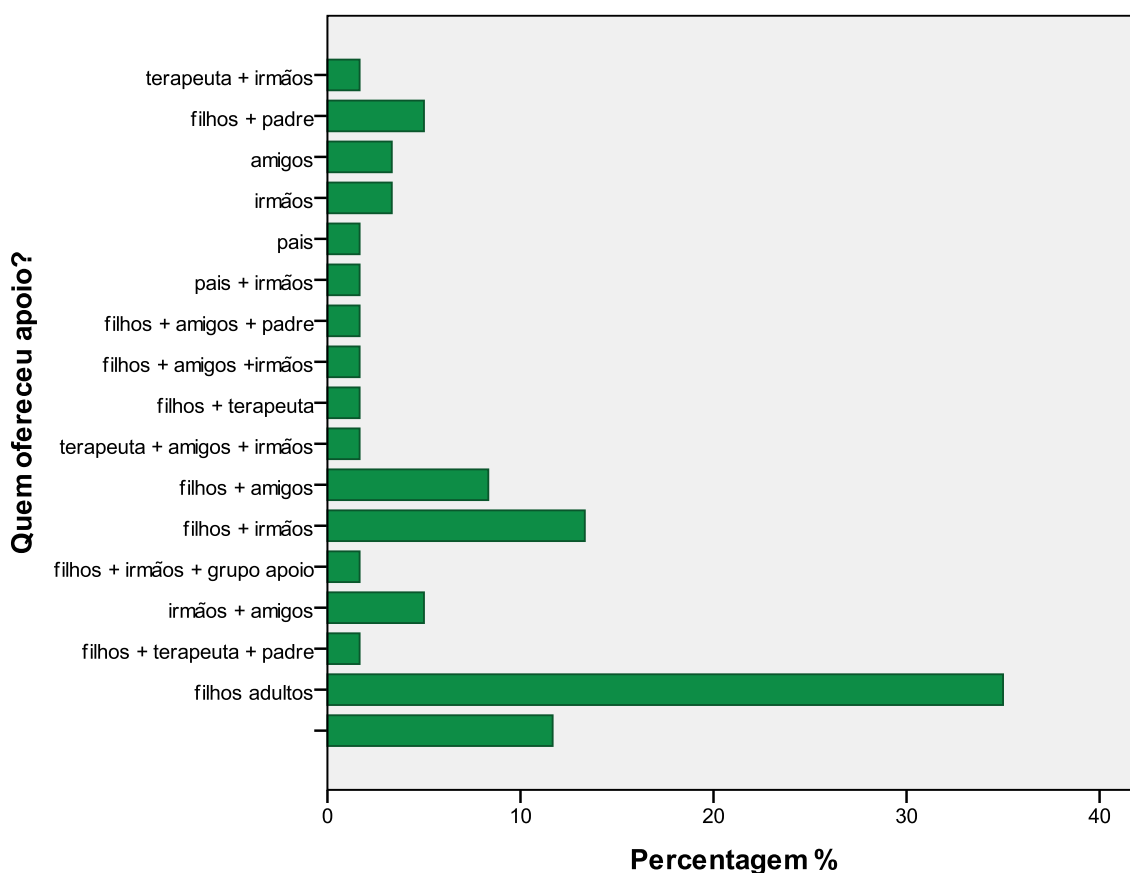
No gráfico abaixo apresentado visualiza-se que, quando inquiridos os idosos sobre o facto de terem sido capazes de receber ajuda ou reconforto, a maioria (60%) afirma que recebeu ajuda a maioria das vezes, 16,7% receberam por vezes ajuda, 10% refere que “nem por isso” e 13,3% responde que não lhe foi oferecida qualquer ajuda.

**Gráfico 6:** Distribuição dos idosos relativamente ao facto de terem recebido ajuda



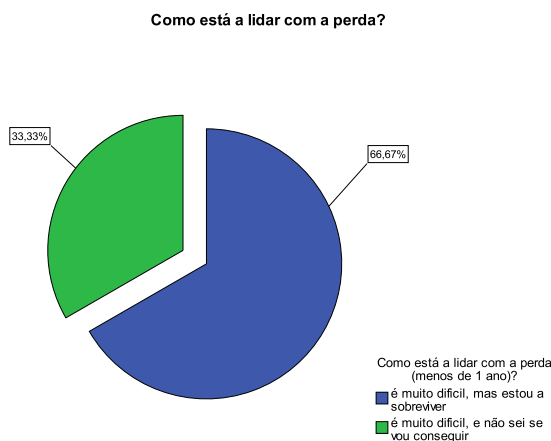
Relativamente à questão se os idosos tinham recebido apoio e por parte de quem, a maior parte (35%) refere que teve apoio por parte dos filhos adultos; 1,7% recebeu ajuda de cada uma das combinações de pessoas a seguir: a - (filhos adultos, terapeuta e padre); b - (filhos adultos, irmãos e grupo de apoio); c - (terapeuta, amigos e irmãos); d - (filhos adultos e terapeuta); e - (filhos adultos, amigos e irmãos); f - (filhos adultos, amigos e padre); g - (pais e irmãos); h - pais e i - (terapeuta e irmãos); 5% recebeu apoio de irmãos e amigos; 13,3% de filhos adultos e irmãos; 3,3% de irmãos e de amigos e, por fim 5% por parte de filhos adultos e padre.

**Gráfico 7:** Distribuição dos idosos face a quem os apoiou após a perda



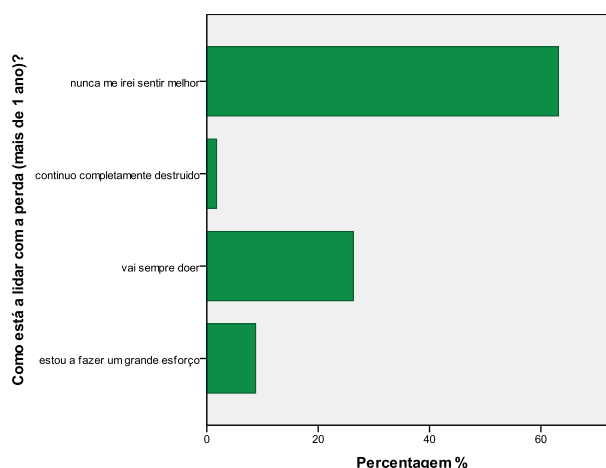
No gráfico seguinte pode verificar-se as respostas dadas pelos três idosos, viúvos há menos de 1 ano quando questionados sobre como estavam a lidar com a perda, 66,6% responde que é muito difícil mas está a sobreviver e, 33,3% afirma que é muito difícil e não sabe se vai conseguir.

**Gráfico 8:** Distribuição dos idosos (viúvos há menos de 1 ano) quando questionados sobre como estavam a lidar com a perda



Quanto à questão como se ajusta a sua vida em relação à perda, dos idosos que são viúvos há mais de 1 ano, 25% respondem que vai sempre doer de uma maneira ou outra, no entanto estão a crescer com a experiência; 8,3% está a fazer um grande esforço, contudo está a recomeçar a vida; 1,7% continua completamente destruído (a) mas consegue reconhecer o valor da luta/esforço e a maioria (60%) afirma que nunca se irá sentir melhor e não quer recomeçar a vida. Com os dados obtidos verificamos uma grande diferença de respostas, ou seja, existem idosos com uma atitude positiva (25%) que, apesar do sofrimento, talvez tenham esperança que o futuro traga alguma alegria. No entanto a grande maioria (60%) tem uma atitude menos positiva e triste. Embora possam existir outras razões para tal tristeza, esta pode ser interpretada como: após a perda do ente querido muitos idosos perderam o sentido de viver e, mesmo com o decorrer dos anos continuam sem se adaptar à perda.

**Gráfico 9:** Distribuição dos idosos (viúvos há mais de 1 ano) quando questionados sobre como se ajusta a sua vida em relação à perda



Os idosos quando inquiridos sobre se as suas relações com os outros tinham mudado após a perda, tendem a referir que não há alterações e, apresentam os seguintes resultados: 61,7% refere que não, de modo algum; 35% afirma que sim, para melhor e, apenas 3,3% diz que sim mas para pior.

**Gráfico 10:** Distribuição dos idosos quando inquiridos sobre se a experiência de dor pela qual passaram tinha mudado as suas relações com os outros



Por fim, relativamente à questão “a experiência de dor pela qual passou alterou a sua forma de estar na vida?” a maioria - quase metade (45%) dos idosos indica que não, de modo algum; 23,3% afirma que sim, para melhor e, 31,7% indica que sim mas para pior.

**Gráfico 11:** Distribuição dos idosos quando inquiridos sobre se a experiência de dor pela qual passaram alterou a forma de estar na vida



Relativamente às questões que surgem no grupo 3 do inquérito apresentado aos idosos surgiram as seguintes respostas:

**Quadro V - Resultados das questões efetuadas na Escala de *Coping***

| Percentagem (%) Respostas às questões da Escala de <i>Coping</i>       |       |           |          |                |        |
|--|-------|-----------|----------|----------------|--------|
|  | Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
| Tento não pensar/esquecer o problema                                   | 3,3   | 20,0      | 53,3     | 16,7           | 6,7    |
| Costumo usar medicação quando tenho um problema                        | 53,3  | 10,0      | 8,3      | 25,0           | 3,3    |
| Gostaria que isso não tivesse acontecido...                            | 0,0   | 6,7       | 8,3      | 18,3           | 66,7   |
| Procuo ajuda/conforto com pessoas que estão na mesma situação          | 40    | 31,7      | 18,3     | 10             | 0,0    |
| Procuo os meus amigos para desabafar                                   | 31,7  | 26,7      | 20       | 20             | 1,7    |
| Procuo ajuda espiritual  | 0,0   | 5         | 5        | 21,7           | 68,3   |
| Procuo desabafar com as pessoas da minha família                       | 6,7   | 13,3      | 15       | 51,7           | 13,3   |
| Rezo para que a situação se resolva                                    | 0     | 1,7       | 5        | 15             | 78,3   |
| Espero que tudo se resolva com o tempo                                 | 11,7  | 21,7      | 23,3     | 25             | 18,3   |
| Rezo para encontrar uma solução para o problema                        | 0     | 0         | 6,7      | 15             | 78,3   |
| Faço coisas (ouvir música/praticar desporto) para contornar o problema | 8,3   | 31,7      | 40       | 16,7           | 3,3    |
| Fico desesperado (a) com a situação e choro                            | 8,3   | 6,7       | 18,3     | 23,3           | 43,3   |
| Procuo ajuda profissional  | 53,3  | 11,7      | 26,7     | 8,3            | 0      |
| Procuo apoio na minha religião   | 0     | 1,7       | 5        | 13,3           | 80     |
| Vejo televisão para pensar menos no problema                           | 11,7  | 18,3      | 20       | 41,7           | 8,3    |
| Procuo rezar para me tranquilizar                                      | 0     | 1,7       | 5        | 13,3           | 80     |
| Saio com os meus amigos para não pensar no problema                    | 58,3  | 21,7      | 13,3     | 6,7            | 0      |

Após elaboração da Escala de *Coping* foi possível, através dos 17 itens escolhidos ou seleccionados neste estudo obter as técnicas de *coping* que os idosos portugueses utilizam para ultrapassar o luto (*coping* social ou *coping* religioso).

**Quadro VI - Cargas fatoriais do *coping* religioso e do *coping* social**

|   | Tipo de <i>Coping</i> |       |       |      |
|---|-----------------------|-------|-------|------|
|   | 1                     | 2     | 3     | 4    |
| Rezo para que a situação se resolva                         | ,958                  |       |       |      |
| Rezo para me tranquilizar                                   | ,955                  |       |       |      |
| Rezo para encontrar a solução                               | ,945                  |       |       |      |
| Apoio na religião   | ,920                  |       |       |      |
| Ajuda espiritual  | ,862                  |       |       |      |
| Fico desesperado e choro                                    | ,494                  | ,264  | -,407 |      |
| Desabafar com a família...                                  | ,423                  |       |       |      |
| Procuo amigos para desabafar...                             |                       | ,852  |       |      |
| Procuo conforto em pessoas que estejam na mesma situação... | ,240                  | ,772  |       |      |
| Saio com os meus amigos                                     |                       | ,576  |       | ,334 |
| Vejo televisão para pensar menos no problema                |                       | -,468 | ,373  |      |
| Gostaria que não tivesse acontecido...                      |                       | ,288  | -,672 |      |
| Espero que o tempo resolva tudo...                          |                       | ,248  | ,665  |      |
| Oiço música/ faço desporto para não pensar                  | ,361                  | -,217 | ,597  |      |
| Tento não pensar no assunto...                              |                       | ,304  | ,417  |      |
| Costumo usar medicação quando tenho um problema             |                       |       |       | ,903 |
| Ajuda profissional  |                       |       |       | ,892 |

Legenda: **laranja** = *Coping* Religioso; **vermelho** = *Coping* Social

A elaboração desta matriz de intercorrelações obtida com os dados da aplicação do questionário foi submetida à análise factorial dos componentes principais, de onde se extraíram 2 fatores, o que comprova a existência de apenas 2 tipos de *coping* (religioso e social).

Para finalizar o tratamento estatístico, procedeu-se à elaboração de testes não-paramétricos (*Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*) a fim de verificar as hipóteses desta investigação. Este facto comprova-se com base no valor de significância estatística, sendo este o que permite aceitar ou rejeitar a hipótese nula (H0).

**Quadro VII - Correlação das hipóteses com a significância estatística**

| Hipóteses | Hipótese Alternativa   | Tipo de <i>coping</i>       | Teste utilizado       | Valor de teste | Significância estatística | Decisão       |
|-----------|--|-----------------------------|-----------------------|----------------|---------------------------|---------------|
| 1         | As técnicas de <i>coping</i> são influenciadas pela faixa etária.                            | <i>Coping</i> religioso     | <i>Mann-Whitney</i>   | 522.500        | 0,178                     | Aceita-se H0  |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 437.000        | 0,899                     |               |
| 2         | As técnicas de <i>coping</i> são influenciadas pelo sexo.                                    | <i>Coping</i> religioso     | <i>Mann-Whitney</i>   | 70.000         | 0                         | Rejeita-se H0 |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 110.000        | 0,013                     |               |
| 3         | As técnicas de <i>coping</i> são influenciadas pelo local de residência.                     | <i>Coping</i> religioso     | <i>Kruskal-Wallis</i> | 0.084          | 0,959                     | Aceita-se H0  |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 1.507          | 0,471                     |               |
| 4         | As técnicas de <i>coping</i> são influenciadas pelo nível educacional.                       | <i>Coping</i> religioso     | <i>Kruskal-Wallis</i> | 3.782          | 0,151                     | Aceita-se H0  |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 0.095          | 0,954                     |               |
| 5         | As técnicas de <i>coping</i> dependem do tempo de luto.                                      | <i>Coping</i> religioso     | <i>Kruskal-Wallis</i> | 8.452          | 0,038                     | Rejeita-se H0 |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 4.063          | 0,255                     | Aceita-se H0  |
| 6         | As técnicas de <i>coping</i> dependem do facto do enlutado ter recebido ajuda.               | <i>Coping</i> religioso     | <i>Kruskal-Wallis</i> | 0.236          | 0,972                     | Aceita-se H0  |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 2.739          | 0,434                     |               |
| 7         | As técnicas de <i>coping</i> dependem de como o enlutado se ajusta à perda (menos de 1 ano). | <i>Coping</i> religioso     | <i>Mann-Whitney</i>   | 1.000          | 1                         | Aceita-se H0  |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 0.000          | 0,221                     |               |
| 8         | As técnicas de <i>coping</i> dependem de como o enlutado se ajusta à perda (mais de 1 ano).  | <i>Coping</i> religioso     | <i>Kruskal-Wallis</i> | 2.025          | 0,567                     | Aceita-se H0  |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 1.072          | 0,784                     |               |
| 9         | As técnicas de <i>coping</i> dependem de como é relação do enlutado com os outros.           | <i>Coping</i> religioso     | <i>Kruskal-Wallis</i> | 1.049          | 0,592                     | Aceita-se H0  |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 1.624          | 0,444                     |               |
| 10        | As técnicas de <i>coping</i> dependem da forma de estar do enlutado na vida.                 | <i>Coping</i> religioso     | <i>Kruskal-Wallis</i> | 2.063          | 0,356                     | Aceita-se H0  |
|           |  | <i>Coping</i> não religioso |                       | 0.602          | 0,74                      |               |

## 6. Discussão

Os resultados apresentados mostram que algumas situações estão em conformidade com resultados encontrados por outros autores (Flynn, 2013; Smith, 2012; Freitas, 2011; Oliveira e Lopes, 2008; Carvalho, 2006; Gilewski, 1991; Worden, 1991; Weiss, 1973), havendo outras que se podem revestir de explicações distintas.

Após análise estatística dos resultados procede-se então à discussão das hipóteses de investigação:

**Hipótese 1:** A adesão às técnicas de *coping* é influenciada pela faixa etária, na população em estudo.

Na presente investigação, o valor da significância estatística (sig.) (0,178 / 0,899) permite afirmar que a faixa etária não é influenciada pelas técnicas de *coping*. Embora Smith (2012), indique que a Fé é maior entre as pessoas mais velhas, ou seja, que esta aumenta com a proximidade da morte.

Para o questionário aplicado só poderiam responder pessoas acima de 65 anos e, talvez por isso não existem valores estatisticamente significativos para que o *coping* fosse influenciado pela faixa etária.

**Hipótese 2:** A adesão às técnicas de *coping* é influenciada pelo sexo, na população em estudo.

Para esta hipótese o sig. assume o valor de 0 e 0,013 o que permite aceitar a hipótese alternativa (H2), ou seja, as técnicas de *coping* são influenciadas pelo sexo, o que corrobora com as conclusões do estudo de Flynn (2013), onde as mulheres apresentam ser mais religiosas.

Contudo os resultados obtidos para esta hipótese não podem ser considerados pois dos idosos inquiridos 85% eram mulheres, logo os resultados obtidos e após a realização do respetivo teste estatístico estão comprometidos.

**Hipótese 3:** A adesão às técnicas de *coping* é influenciada pelo local de residência, na população em estudo.

Quanto ao local de residência onde habitam os idosos (Casa de Repouso, Habitação Própria, Com os filhos ou Outra) é possível afirmar que não existe relação entre este e as técnicas de *coping*, visto o valor de sig. ser superior a 0,05 (0,959 / 0,471) o que faz aceitar a hipótese nula (H0).

Contudo aquando da aplicação dos questionários, os idosos indicam que após viuvez passaram a residir mais próximos da comunidade e, utilizando uma linha temporal passaram a ser mais frequentadores da Igreja, por esta estar mais próxima e por passarem a ter mais tempo para a religião.

**Hipótese 4:** A adesão às técnicas de *coping* é influenciada pelo nível educacional, na população em estudo.

Em relação ao nível educacional, Carvalho (2006) indica que as classes menos cultas apresentam valores mais elevados para a religiosidade. Nesta investigação isso não se verifica, pois o sig. (0,151 / 0,954) comprova que as técnicas de *coping* não são influenciadas pelo nível educacional.

**Hipótese 5:** A adesão às técnicas de *coping* depende do tempo de luto.

No que diz respeito ao tempo de luto, os dados obtidos revelam que a maioria dos idosos (90%) está viúvo há mais de 2 anos. Tendo em conta o sig. (0,038) é possível afirmar que o *coping* religioso depende do tempo de luto. Por outro lado, quanto ao *coping* não religioso o sig. apresenta o valor de 0,255 e, portanto pode afirmar-se que este tipo de *coping* não depende do tempo de luto.

Contudo os resultados obtidos para esta hipótese não podem ser considerados, à semelhança da Hipótese 2, pois dos idosos inquiridos 90% está viúvo há mais de 2 anos, logo os resultados obtidos e após a realização do respetivo teste estatístico estão comprometidos.

**Hipótese 6:** A adesão às técnicas de *coping* depende do facto do enlutado ter recebido ajuda.

Quando questionados os idosos sobre o facto de terem recebido ajuda quando esta lhe foi oferecida, os dados revelam que no geral os idosos (Gráfico 6, pp. 37) afirmam que receberam ajuda a maioria das vezes. Embora, segundo Carvalho (2006), o indivíduo que perde alguém não consegue falar nem transpor a sua dor nos grupos com quem convive habitualmente. Porém a significância estatística tem o valor de 0,972 e 0,434 logo pode afirmar-se que o facto de os idosos terem recebido ajuda não depende das técnicas de *coping*.

**Hipótese 7:** A adesão às técnicas de *coping* depende de como o enlutado se ajusta à perda (menos de 1 ano).

Worden (1991) indica que nas várias tarefas de luto existe uma 4ª tarefa na qual o enlutado deixa de necessitar de reviver constantemente a morte do ente querido (cônjuge) e, segue com a sua vida onde vai estabelecendo novos vínculos. Na sua maioria (66,6%) os idosos respondem que é muito difícil mas estão a sobreviver, quando inquiridos sobre como se ajustam à perda.

Para esta hipótese o sig. assume o valor de 1 e 0,221 e, portanto pode aceitar-se a hipótese nula (H0), logo pode afirmar-se que as técnicas de *coping* não dependem de como o enlutado se ajusta à perda.

**Hipótese 8:** A adesão às técnicas de *coping* depende de como o enlutado se ajusta à perda (mais de 1 ano).

Para os idosos viúvos há mais de 1 ano, sobre a questão “como se ajusta a sua vida em relação à perda”, 25% responde que vai sempre doer de uma maneira ou outra, no entanto estão a crescer com a experiência. Oliveira e Lopes (2008) referem que para finalizar as fases do processo de luto existe a fase da Reorganização, na qual existe um sentimento de aceitação da perda definitiva e a consciencialização de que a vida tem que retomar o seu rumo. Porém a maioria dos idosos (60%) afirma que nunca se irá sentir melhor e não quer recomeçar a sua vida. Neste sentido e conforme Gilewski (1991), após o processo de luto existe normalmente um ajustamento normal à perda, sem incidentes, contudo existem ainda pessoas para as quais é um processo prolongado, complicado e extremamente penoso.

Tendo em conta o sig. (0,567 e 0,784) pode afirmar-se que as técnicas de *coping* não dependem de como o enlutado se ajusta à perda (mais de 1 ano).

**Hipótese 9:** A adesão às técnicas de *coping* depende de como é relação do enlutado com os outros.

Quanto à relação do enlutado com os outros é possível afirmar que esta não depende das técnicas de *coping*, pois o sig. apresenta o valor de 0,592 e 0,444, o que permite aceitar a hipótese nula (H0).

Weiss (1973) afirma que para a maioria dos adultos a morte do cônjuge proporciona não só momentos de solidão, como também de isolamento social. Para Freitas (2011), esta situação também é uma realidade, pois considera que a experiência da solidão após a morte de um ente querido (cônjuge) contribui para uma dor emocional, o que promove um sentimento de exclusão e marginalidade de laços sociais. Contudo, nesta investigação, 61,7% dos idosos inquiridos responderam que não, de modo algum a sua relação com os outros se tenha alterado após a perda.

**Hipótese 10:** A adesão às técnicas de *coping* depende da forma de estar do enlutado na vida.

A esta questão a maioria dos idosos (45%) indica que “não”, de modo algum a sua forma de estar na vida se alterou após a experiência de dor pela qual passaram. No entanto, segundo Carvalho, (2006) referindo os critérios definidos por Bowlby e Worden, existe um luto patológico, onde se verifica uma ansiedade extrema face ao falecido, a não aceitação da perda, incapacidade de reinvestir na vida, em si próprio e nos outros. O que não corrobora com os dados obtidos.

Nesta última hipótese o sig. apresenta o valor de 0,356 e 0,74, que permite afirmar que a forma de estar do enlutado na vida não depende das técnicas de *coping*.

## 7. Conclusão e Limitações

Tendo sido elaborado o presente trabalho com base numa questão de investigação “Quais as técnicas de *coping* utilizadas para se ultrapassar o luto após viuvez?” e, em três objetivos de onde foram retiradas as várias hipóteses, verificou-se que: o *coping* religioso não interfere no processo de luto, embora na questão 2 (A adesão às técnicas de *coping* é influenciada pelo sexo, na população em estudo) e 5 (A adesão às técnicas de *coping* depende do tempo de luto) se verifique que existe relação entre as variáveis em questão, contudo os resultados obtidos nestas questões estão comprometidos. Quanto ao *coping* social, este também não interfere no processo de luto e, a experiência de dor pela qual os idosos inquiridos passaram não alterou a forma de estarem na vida. Verifica-se portanto que não existe um único fator que seja dependente das técnicas de *coping*.

Os resultados obtidos com base no questionário aplicado foram suportados na totalidade pelos autores consultados.

Como limitações ao estudo considera-se o facto do tamanho da amostra não ser representativo da população, a homogeneidade da população em estudo (maioritariamente ser população feminina e todos os inquiridos terem idade acima de 65 anos) e, ainda do escasso tempo de aplicação dos questionários.

Sendo esta uma investigação subordinada a um tema atual considero que de futuro devem ser elaborados outros estudos sobre a temática desenvolvida, tendo por base uma amostra da população mais representativa.

## 8. Bibliografia

Almeida, L. S. (2003): **Metodologia da investigação em psicologia e educação**. 3ª Edição. Braga. Psiquilibrios.

Antoniazzi, Adriane Scomazzon (1999): **Desenvolvimento de Instrumentos para a Avaliação do Coping em Adolescentes Brasileiros**. “<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2908/000283149.pdf?sequence=1>”. Acedido em 19/12/2012.

Ardelt, M. (2000): Wisdom, Religiosity, Purpose in Life and Attituds Toward Death. **International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy** vol. 2

Ariès, P. (1988): **O homem perante a morte - I**. 2ª Edição. Lisboa. Publicações Europa-América.

Ariès, P. (2000): **O homem perante a morte - II**. Lisboa. Publicações Europa-América.

Barros, J. (1998): **Viver a morte - abordagem antropológica**. Coimbra. Almedina

Barros, J. (2000): **Psicologia da religião**. Coimbra. Almedina

Barros, J.; Neto, F. (2004): **Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte**. “<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a04.pdf>”. Acedido em 19/02/2013.

Beal, C. (2006): Loneliness in older women: a review of the literature. **Issues in mental health nursing** vol. 27

Bell, J. (2002): **Como realizar um projeto de investigação**. Lisboa. Gradiva.

Boelen, P. *et al* (2003): The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. **Behaviour Research and Therapy** vol. 41

Cancela, Diana Manuela Gomes (2007): **O processo de envelhecimento**. “<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>”. Acedido em 22/01/2013.

Carvalho, Cátia (2006): **Luto e Religiosidade**. “<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0059.pdf>”. Acedido em 15/12/2012.

Faria, J. ; Seidl, E. (2005): **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura.** “<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf>”. Acedido em 15/12/2012.

Fernández - Ballesteros, R. (2009): **Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología.** Ediciones Pirámide.

Flynn, John (2013): **O desaparecimento de Deus: família e religião estão ligadas entre si.** “<http://www.zenit.org/pt/articles/o-desaparecimento-de-deus-familia-e-religiao-estao-ligadas-entre-si>”. Acedido em 26/06/2012.

Folkman, Susan; Lazarus, Richard S. (1984): **Stress, Appraisal, and Coping.** Nova York. Springer Publishing Company, Inc.

Freitas, Patrícia da Conceição Barbosa (2011): **Solidão em Idosos - Perceção em Função da Rede Social.** “<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLID%C3%83O%20EM%20IDOSOS.pdf>” . Acedido em 28/06/2013.

Gilewski, M. J.; Fairberow, N., L.; Gallagher, D. E.; Thompson, L. W. (1991): Interaction of depression and bereavement on mental health in the elderly. **Psychology and Aging** vol.6 nº1

Instituto Nacional de Estatística. “<http://www.ine.pt>”. Acedido em 19/12/2012.

Kaprio, J.; Koskenvuo, M.; Rita, H. (1987): Mortality after bereavement: A prospective study of 95.647 widowed persons. **American Journal of Public Health** vol.77 nº3

Keong, Ana Marta Pequito Antunes (2010): **Auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas.** “[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2793/1/ulfp037514\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2793/1/ulfp037514_tm.pdf)”. Acedido em 22/01/2013.

Kotter-Grühn, D.; Kleinspehn-Ammerlahn, A.; Gerstorf, D., & Smith, J. (2009): Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. **Psychology and Aging** vol.24 nº3

Kubler-Ross (1998): **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo. Martins Fontes.

Levy, B. R.; Slade, M. D.; Kunkel, S. R.; Kasl, S. V. (2002): Longevity increased by positive self-perceptions of aging. **Journal of personality and social psychology** vol.83 nº2

LoBiondo, W. *et al* (2001): **Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação crítica e Utilização**. 4ª Edição. Guanabara Koogan.

Melo, Rita (2004): **Processo de Luto - o inevitável percurso face à inevitabilidade da morte**. “<http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Luto.pdf>”. Acedido em 19/12/2012.

Miguel, Paulo Augusto Cauchick *et al* (2012): **Metodologia de Pesquisa em Engenharia de Produção e Gestão de Operações**. 2ª Edição. Brasil. Elsevier Editora Lda.

Onrust, S. A.; Cuijpers, P. (2006): **Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review**. *Aging and mental health* vol.10 nº4

Parasuraman, A. (1991): **Marketing Research**. Addison, Wesley Company.

Passos, Roseli Hoegen (2005): **A Morte como fato da vida**. “<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0EC-eUnSqKoJ:www.sistemica.com.br>”. Acedido em 22/01/2013.

Pargament, K. I. (1997): **The psychology of religion and coping: Theory, research, practice**. Nova York. Guilford Press.

Parkes, C. M. *et al* (2003): **Cultura e Religião**. In C. M. Parkes, P. Laungani & B. Young (Eds.), **Morte e luto através das culturas**. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi.

Pestana, Maria Helena; Gageiro, João Nunes (2000): **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 2ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo.

Polit, D. Ungler, B. (1987): **Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud**. 2ª Edição. México. Interamericana.

Rebelo, J. (2005): **Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto**. “<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v23n4/v23n4a02.pdf>”. Acedido em 25/02/2013.

Sanders, C. (1999): **Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement**. 2ª Edição. Nova York. Jonh Wiley & Sons, Inc.

Schviger, Amaryllis. (2009): **O que é o “copping”?**. “[http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_opiniaio.php?codigo=AOP0216](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_opiniaio.php?codigo=AOP0216)”. Acedido em 13/12/2012.

Shin, K.; Kim, M.; Kim, Y. (2002): Study of the aging perception. **Nursing & Health Sciences** vol.4 n°3

Silva, M.E. (2005): **Saúde mental e idade avançada**. In C. Pául & A. Fonseca (Eds.), **Envelhecer em Portugal** (pp. 137-156). Lisboa. Climepsi.

Singh, A. *et al* (2003): **Death and Dying - Mental Health reviews**.  
“<http://www.psyplexus.com/excl/death.html>”. Acedido em 22/01/2013.

Smith, Tom W. (2012): **Filipinos e chilenos são os que mais acreditam em Deus**.  
“[http://www.portalangop.co.ao/motix/pt\\_pt/noticias/internacional/2012/3/16/Filipinos-chilenos-sao-que-mais-acreditam-Deus,e807a431-9d88-4529-bbdc-2a8864b7e250.html](http://www.portalangop.co.ao/motix/pt_pt/noticias/internacional/2012/3/16/Filipinos-chilenos-sao-que-mais-acreditam-Deus,e807a431-9d88-4529-bbdc-2a8864b7e250.html)”.  
Acedido em 26/06/2013.

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D. (2003): Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Aveiro. **Revista de Saúde Pública** vol. 37 n°3

Weiss, R. (1973): **Loneliness: The experience of emotional and social isolation**. Estados Unidos da América. Halliday Lithograph Corp.

# Anexos

**Anexo 1: Autorização à recolha de dados no Lar do Teixoso (Fundação Centro de Assistência Anita Pina Calado)**

Exma.  
Administração da Fundação Centro de Assistência Anita Pina Calado  
Rua Gago Coutinho  
6200-678 Teixoso - Covilhã

Ana Isabel Teodósio, aluna do 2º ano de Mestrado em Gerontologia da Universidade de Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, no âmbito da Dissertação de mestrado subordinado ao tema: “Luta na Terceira Idade após Viuvez”, vem por este meio solicitar autorização para recolher dados na Instituição que V. Exa. dirige. Para a realização desta investigação pretende-se utilizar um questionário, anexado ao documento, dirigido ao idoso.

Pretendo com este trabalho conhecer as técnicas de *Coping* utilizadas para se ultrapassar o luto após viuvez, e com esse conhecimento a sociedade poderá melhor compreender as suas novas atividades e até contribuir de forma mais ativa na qualidade de vida desta população.

Refiro também que este estudo não acarreta qualquer encargo financeiro ou outro para a instituição e todos os envolvidos o serão de forma voluntária e anónima. Os resultados da investigação serão disponibilizados, caso seja esse o desejo da instituição.

Disponho-me a dar qualquer informação acerca deste assunto sempre que o desejarem.

Agradeço a V. Exa. a sua atenção, com os meus sinceros cumprimentos,



Ana Isabel Teodósio  
*Ana Isabel Teodósio*

**Anexo 2: Autorização à recolha de dados no Lar de Alcaria (Centro Social Nossa Senhora das Necessidades de Alcaria)**

Exma.

Direção Técnica do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades de Alcaria  
Rua do Regatinho nº8  
6230-022 Alcaria - Fundão

Ana Isabel Teodósio, aluna do 2º ano de Mestrado em Gerontologia da Universidade de Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, no âmbito da Dissertação de mestrado subordinado ao tema: “Luta na Terceira Idade após Viuvez”, vem por este meio solicitar autorização para recolher dados na Instituição que V. Exa. dirige. Para a realização desta investigação pretende-se utilizar um questionário, anexado ao documento, dirigido ao idoso.


Pretendo com este trabalho conhecer as técnicas de *Coping* utilizadas para se ultrapassar o luto após viuvez, e com esse conhecimento a sociedade poderá melhor compreender as suas novas atividades e até contribuir de forma mais ativa na qualidade de vida desta população.

Refiro também que este estudo não acarreta qualquer encargo financeiro ou outro para a instituição e todos os envolvidos o serão de forma voluntária e anónima. Os resultados da investigação serão disponibilizados, caso seja esse o desejo da instituição.

Disponho-me a dar qualquer informação acerca deste assunto sempre que o desejarem.

Agradeço a V. Exa. a sua atenção, com os meus sinceros cumprimentos,

  
Centro Social Nossa Senhora  
das Necessidades de Alcaria  
Cont. N.º 509 565 930  
Rua do Regatinho, Nº 8 • 6230-022 ALCARIA

Ana Isabel Teodósio  


**Anexo 3: Autorização à recolha de dados no Lar de Sobral de São Miguel (Associação de Solidariedade Social de Sobra de São Miguel)**

Exma.  
Direção Técnica da Associação de Solidariedade Social de Sobral de São Miguel  
Rua da Eira  
6225-312 Sobral de São Miguel - Covilhã

Ana Isabel Teodósio, aluna do 2º ano de Mestrado em Gerontologia da Universidade de Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, no âmbito da Dissertação de mestrado subordinado ao tema: “Luta na Terceira Idade após Viuvez”, vem por este meio solicitar autorização para recolher dados na Instituição que V. Exa. dirige. Para a realização desta investigação pretende-se utilizar um questionário, anexado ao documento, dirigido ao idoso.

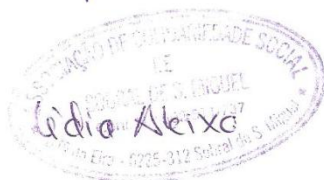
Pretendo com este trabalho conhecer as técnicas de *Coping* utilizadas para se ultrapassar o luto após viuvez, e com esse conhecimento a sociedade poderá melhor compreender as suas novas atividades e até contribuir de forma mais ativa na qualidade de vida desta população.

Refiro também que este estudo não acarreta qualquer encargo financeiro ou outro para a instituição e todos os envolvidos o serão de forma voluntária e anónima. Os resultados da investigação serão disponibilizados, caso seja esse o desejo da instituição.

Disponho-me a dar qualquer informação acerca deste assunto sempre que o desejarem.

Agradeço a V. Exa. a sua atenção, com os meus sinceros cumprimentos,

Autorizo a realização dos questionários aos utentes da Associação de Solidariedade Social de Sobral de S. Miguel



Ana Isabel Teodósio  
Ana Isabel Teodósio

**Anexo 4: Autorização à recolha de dados no Lar de Vila do Carvalho (Centro Social Nossa Senhora da Conceição)**

Exma.

Direção Técnica do Centro Social Nossa Senhora da Conceição  
Rua Professor Salcedas Pais  
6200-236 Vila do Carvalho - Covilhã

Ana Isabel Teodósio, aluna do 2º ano de Mestrado em Gerontologia da Universidade de Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, no âmbito da Dissertação de mestrado subordinado ao tema: “Luto na Terceira Idade após Viuvez”, vem por este meio solicitar autorização para recolher dados na Instituição que V. Exa. dirige. Para a realização desta investigação pretende-se utilizar um questionário, anexado ao documento, dirigido ao idoso.

Pretendo com este trabalho conhecer as técnicas de *Coping* utilizadas para se ultrapassar o luto após viuvez, e com esse conhecimento a sociedade poderá melhor compreender as suas novas atividades e até contribuir de forma mais ativa na qualidade de vida desta população.

Refiro também que este estudo não acarreta qualquer encargo financeiro ou outro para a instituição e todos os envolvidos o serão de forma voluntária e anónima. Os resultados da investigação serão disponibilizados, caso seja esse o desejo da instituição.

Disponho-me a dar qualquer informação acerca deste assunto sempre que o desejarem.

Agradeço a V. Exa. a sua atenção, com os meus sinceros cumprimentos,

Recebido e aprovada a  
recolha de dados.

Susana Carvalho



Ana Isabel Teodósio  
Ana Isabel Teodósio



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Covilhã | Portugal

Investigação em Gerontologia

## Luto na Terceira Idade após Viuvez

Ana Isabel Teodósio, aluna do Mestrado em Gerontologia da Universidade de Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, estando a realizar um trabalho de investigação com o tema “Luta na Terceira Idade após Viuvez”, tem por objetivo conhecer as técnicas de *Coping* utilizadas para se ultrapassar o luto após viuvez, e com esse conhecimento a sociedade poderá melhor compreender as suas novas atividades e até contribuir de forma mais ativa na qualidade de vida desta população. Solicita-lhe que responda às perguntas que se seguem, de modo voluntário, assinalando a que melhor se ajusta ao seu caso, pois a sua colaboração é muito importante.

Questionário nº \_\_\_\_

### 1.

1.1. Idade \_\_\_\_\_Anos

1.2. Sexo:

Feminino\_\_\_\_\_

Masculino\_\_\_\_\_

1.3. Local de residência:

Casa de Repouso (Lar) \_\_\_\_\_

Habitação Própria\_\_\_\_\_

Com os filhos\_\_\_\_\_

Outra\_\_\_\_\_

1.4. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever\_\_\_\_\_

Ensino Básico (até 4ª Classe) \_\_\_\_\_

5ª ou 6ª Classe\_\_\_\_\_

Ensino Secundário\_\_\_\_\_

Ensino Superior\_\_\_\_\_

Outro\_\_\_\_\_

1.5. Situação Ocupacional:

Desempregado\_\_\_\_\_

Aposentado\_\_\_\_\_

Atividades Domésticas\_\_\_\_\_

Outra\_\_\_\_\_



2.7. Se a perda se deu há **menos de 1 ano**, como está a lidar com ela neste momento?

- a) Eu estou bem, não há problema.
- b) Eu estou a fazer um grande esforço.
- c) É muito difícil, mas estou a sobreviver.
- d) É muito difícil, e não sei se vou conseguir.
- e) Estou completamente destruído(a).

**Se respondeu à pergunta anterior, passe para a questão 2.9.**

2.8. Se a perda se deu há **mais de 1 ano**, como está a ajustar a sua vida à sua perda?

- a) Eu estou a fazer um grande esforço, mas estou a recomeçar a minha vida.
- b) Vai sempre doer de uma maneira ou outra, no entanto, estou a crescer com a experiência.
- c) Continuo completamente destruído(a), mas consigo reconhecer o valor da luta/esforço.
- d) Eu nunca me irei sentir melhor e não quero recomeçar a minha vida.

2.9. Acha que o apoio que **recebeu** nos 6 meses após a perda influenciou a sua capacidade de lutar contra ela?

- a) Sim\_\_\_
- b) Não\_\_\_

2.10. A experiencia de dor pela qual passou mudou as suas relações com os outros?

- a) Sim, para melhor.
- b) Sim, para pior.
- c) Não, de modo algum.

2.11. A experiencia de dor pela qual passou alterou a sua forma de estar na vida?

- a) Sim, para melhor.
- b) Sim, para pior.
- c) Não, de modo algum.

**3.** Ao longo da vida as pessoas atravessam situações difíceis, e porque nem todas as pessoas são iguais na forma como lidam com as suas dificuldades, gostaria de compreender como agem aquando de situações difíceis.

Nunca 1/2/3/4/5 Sempre

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Sempre

|   | Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
|---|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| Tento não pensar/esquecer o problema.                                   |       |           |          |                |        |
| Costumo usar medicação quando tenho um problema.                        |       |           |          |                |        |
| Gostaria que isso não tivesse acontecido.                               |       |           |          |                |        |
| Procuo ajuda e conforto com pessoas que estão na mesma situação.        |       |           |          |                |        |
| Procuo os meus amigos para desabafar.                                   |       |           |          |                |        |
| Procuo ajuda espiritual.  |       |           |          |                |        |
| Procuo desabafar com as pessoas da minha família.                       |       |           |          |                |        |
| Rezo para que a situação se resolva.                                    |       |           |          |                |        |
| Espero que tudo se resolva com o tempo.                                 |       |           |          |                |        |
| Rezo para encontrar uma solução para o problema.                        |       |           |          |                |        |
| Faço coisas (ouvir musica/praticar desporto) para contornar o problema. |       |           |          |                |        |
| Fico desesperado(a) com a situação e choro.                             |       |           |          |                |        |
| Procuo ajuda profissional.  |       |           |          |                |        |
| Procuo apoio na minha religião.   |       |           |          |                |        |
| Vejo televisão para pensar menos no problema.                           |       |           |          |                |        |
| Procuo rezar para me tranquilizar.                                      |       |           |          |                |        |
| Saio com os meus amigos para não pensar no problema.                    |       |           |          |                |        |

### Questionário sobre o luto (QSL)

Adaptação autorizada do Grief Questionnaire de Ousefort-Russel (1/02).

*Agradecia que respondesse a todas as questões e a todos os itens de cada questão, baseando-se na sua experiência de perda.*

1. Há quanto tempo se deu a sua perda?

- a) 0-6 meses
- b) 6 meses a 1 ano
- c) 1-2 anos
- d) 2-5 anos
- e) mais de 5 anos

2. A sua perda foi repentina ou esperada?

- a) Repentina
- b) Esperada

3. A sua perda foi derivada de causas naturais ou não naturais?

- a) Causas naturais
- b) Causas não naturais

4. Foi capaz de pedir ajuda ou reconforto quando necessitou?

- a) Sim, sempre que necessitei
- b) Sim, em algumas ocasiões
- c) Raramente
- d) Nunca

5. Foi capaz de receber ajuda ou reconforto que lhe foi oferecido?

- a) Sim, a maioria das vezes
- b) Sim, às vezes
- c) Não, nem por isso
- d) Não, de maneira alguma
- e) Não me foi oferecida ajuda

6. Se obteve algum apoio após a perda, de quem o recebeu?

- a) Filhos adultos
- b) Pais
- c) Irmãos
- d) Outros membros da família

- e) Amigo/a
- f) Terapeuta
- g) Padre, Rabi ou outro membro da igreja
- h) Uma comunidade (por exemplo igreja, vizinhança, etc.)
- i) Grupo de apoio
- j) Outro (especifique por favor) \_\_\_\_\_

7. Continua a ter apoio neste período de cura/cicatrização da sua perda?

- a) Sim, bastante
- b) Algum, mas gostaria de ter mais
- c) Não, nem por isso
- d) Outro (especifique por favor) \_\_\_\_\_

8. É ou foi encorajado a exprimir os seus sentimentos nos primeiros 6 meses após a perda?

- a) Sim, muito
- b) Sim, um pouco
- c) Não, os meus sentimentos foram ignorados
- d) Não, os meus sentimentos foram desencorajados

9. Foi ou é capaz de lidar com os seus sentimentos de tristeza/melancolia sozinho/a?

- a) Sim, eu gosto de resolver as coisas sozinho/a
- b) Sim, mas eu não gosto de estar sozinho/a com os meus sentimentos
- c) Sim, eu necessito de algum tempo para mim e algum tempo para os outros
- d) Não, os sentimentos são arrebatadores e assustam-me
- e) Não, por isso eu fecho os meus sentimentos quando estou sozinho/a

10. Se a perda se deu há menos de um ano, como está a lidar com ela neste momento?

- a) Eu estou bem, não há problema
- b) Eu estou a fazer um grande esforço
- c) É muito difícil, mas estou a sobreviver
- d) É muito difícil, e não sei como vou conseguir
- e) Estou completamente destruído/a
- f) Outro (especifique por favor) \_\_\_\_\_

Se respondeu à questão anterior, passe para a questão 12.

11. Se a perda se deu há mais de 1 ano, como está a ajustar a sua vida à sua perda:

- a) Eu estou a fazer um grande esforço, mas estou a recomeçar a minha vida.
- b) Vai sempre doer de uma maneira ou de outra, no entanto, estou a crescer com a experiência
- c) Continuo completamente destruído/a, mas consigo reconhecer o valor na luta/esforço
- d) Eu nunca me irei sentir melhor e não quero recomeçar a minha vida
- e) Outro (especifique por favor) \_\_\_\_\_

12. Acha que o apoio que recebeu/não recebeu nos 6 meses após a perda influenciou a sua capacidade de lutar contra ela a curto e a longo prazo?

- a) Sim
- b) Não

13. A experiência de dor pela qual passou mudou as suas relações com os outros?

- a) Sim, para melhor
- b) Sim, para pior
- c) Não, de modo algum

14. A experiência de dor pela qual passou alterou a sua forma de estar na vida?

- a) Sim, para melhor
- b) Sim, para pior
- c) Não, de modo algum

*Obrigado pela sua participação neste questionário.*

Anexo 7: Questionário CASQ (Coping Across Situation Questionnaire)

Questionário de Coping

Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_  
Escola/Universidade: \_\_\_\_\_  
Série/Semestre: \_\_\_\_\_

Ao longo da vida, as pessoas atravessam situações difíceis e tem que se defrontar com muitos problemas. As pessoas não são iguais na forma com que lidam com seus problemas. Estamos interessados em saber como as pessoas agem quando enfrentam situações problemáticas.

Imagine alguma situação difícil que você tenha enfrentado recentemente.

Cada um dos itens a seguir representa uma forma específica de lidar com problemas. Após cada item você deve assinalar a resposta que melhor represente o quanto você usualmente utiliza aquela forma de lidar com os seus problemas.

*Por exemplo, frente a uma situação difícil você geralmente:*

Tranca-se no seu quarto e chora.

Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

1. Nunca faço isso
2. Raramente faço isso
3. Às vezes faço isso
4. Frequentemente faço isso
5. Sempre faço isso

Por favor, não deixe nenhum item em branco.

*Frete a uma situação difícil ou geralmente...*

1. Costumo aliviar a ansiedade causada pelo problema comendo muito.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
2. Pratico esportes para me distrair e não pensar no problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
3. Procuro modificar minhas atitudes.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
4. Descarrego minha raiva gritando com os outros.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
5. Brigo com as pessoas envolvidas no problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
6. Tento fazer algo criativo.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
7. Descarrego minha raiva em outras pessoas.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
8. Tento não pensar no problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
9. Costumo usar drogas quando tenho algum problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
10. Eu gostaria que isso não tivesse acontecido.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
11. Descarrego minha raiva ouvindo música alta.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
12. Costumo dormir para não pensar no problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
13. Descarrego minha raiva batendo portas.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
14. Faço o que as pessoas querem para evitar o problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
15. Procuro alguém que possa resolver o problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
16. Tento planejar a minhas ações em vez de agir impulsivamente.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

17. Procuro lembrar de situações parecidas que tenham acontecido antes para me tranquilizar.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
18. Procuro refletir sobre o problema antes de agir.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
19. Procuro me manter calmo para não piorar a situação.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
20. Penso sobre o problema e tento encontrar soluções alternativas.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
21. Faço o que for necessário para me livrar logo do problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
22. Peço ajuda aos meus familiares para resolver o problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
23. Tento não fazer nada apressadamente.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
24. Procuro não deixar que meus sentimentos interfiram no que estou fazendo.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
26. Procuro não descarregar meus sentimentos nas outras pessoas.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
26. Peço ajuda aos meus amigos para resolver o problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
27. Tento reparar os danos causados.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
28. Peço conselhos aos meus amigos para decidir o que fazer.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
29. Procuro me desculpar com as pessoas envolvidas.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
30. Aceito meus limites e admito que não posso lidar com a situação.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
31. Peço conselhos aos meus familiares para decidir o que fazer.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
32. Busco ajuda e conforto com pessoas que estão na mesma situação.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
33. Penso em todas as soluções possíveis antes de decidir o que fazer.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
34. Me consolo pensando que sempre haverá problemas.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

35. Procuro meus amigos para desabafar.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
36. Procuro desabafar com pessoas da minha família.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
37. Busco ajuda espiritual.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
38. Fico imaginando que as coisas vão melhorar.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
39. Faço o que tem que ser feito, uma coisa de cada vez.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
40. Procuro falar sobre o problema com a pessoa envolvida.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
41. Rezo para que a situação se resolva.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
42. Procuro informação em livros ou revistas para me sentir melhor.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
43. Concentro meus esforços para solucionar o problema rapidamente.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
44. Espero que as coisas se resolvam com o tempo.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
45. Rezo para encontrar uma solução para o problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
46. Faço coisas para contornar o problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
47. Luto para resolver a situação.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
48. Faço o que tem que ser feito para resolver o problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
49. Costumo organizar minhas coisas para não pensar no assunto.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
50. Me desespero com a situação e descaígo chorando.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
51. Espero que as coisas voltem ao normal.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
52. Procuro trabalhar para não pensar no problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

53. Procuro ajuda profissional.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
54. Procuro tirar férias ou viajar para esquecer o problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
55. Procuro analisar o problema para entendê-lo melhor.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
56. Busco apoio na minha religião.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
57. Tento ver o lado positivo da situação.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
58. Saio para dar uma volta e tentar esquecer o problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
59. Procuro tirar alguma vantagem da situação.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
60. Procuro descobrir um novo sentido para a situação.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
61. Aproveito a situação para crescer e amadurecer como pessoa.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
62. Procuro rezar para me tranquilizar.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
63. Procuro avaliar minhas atitudes com relação ao problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
64. Assisto televisão para pensar menos no problema.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
65. Penso em coisas que possam me fazer sentir melhor.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
66. Procuro tirar o melhor proveito da situação.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
67. Procuro lembrar de situações parecidas que tenham acontecido antes para decidir o que fazer.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
68. Procuro agir como se nada estivesse acontecendo.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
69. Tento aprender com a situação nova.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
70. Descarrego minha raiva agredindo fisicamente as pessoas envolvidas.  
Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre
71. Procuro esquecer o problema.

Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

72. Procuro não me deixar influenciar pela situação.

Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

73. Procuro me distrair ouvindo música para esquecer o problema.

Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

74. Procuro refletir sobre o problema.

Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

75. Procuro informação em livros ou revistas para decidir o que fazer.

Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

76. Quando tenho algum problema bebo para esquecer.

Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

77. Saio com meus amigos para não pensar no problema.

Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | 5 Sempre

*Obrigado por sua colaboração!*