

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Lista de Quadros | 3 |
| Lista de Figuras | 4 |
| Introdução | 5 |
| | |
| I- PARTE TEÓRICA | |
| 1- Desenvolvimento Humano: Transições, <i>Stress</i> , Resiliência | |
| 1.1- Enquadramento Macro-Teórico | 7 |
| 1.2- As Transições Desenvolvimentais | 10 |
| 1.3- O <i>Stress</i> | 12 |
| 1.4- A Resiliência | 14 |
| | |
| 2- <i>Coping</i> : Perspectivas Teóricas, Avaliação e Viúvos | |
| 2.1- O Conceito | 19 |
| 2.2- Modelos de <i>Coping</i> : Situacionistas e Disposicionistas | 21 |
| 2.2.1- Modelos Situacionistas | 22 |
| 2.2.2- Modelos Disposicionistas | 30 |
| 2.3- Instrumentos de Avaliação de <i>Coping</i> | 31 |
| 2.4- <i>Coping</i> em Idosos/Viúvos | 33 |
| | |
| 3- Sintomatologia Depressiva: Avaliação e Viúvos | |
| 3.1- Sintomatologia Depressiva <i>in Géneris</i> | 37 |
| 3.2- Escalas de Avaliação de Sintomatologia Depressiva | 41 |
| 3.3- Sintomatologia depressiva em Idosos/viúvos | 44 |
| | |
| 4- Caracterização da Viuvez | |
| 4.1- Considerações e Características sócio demográficas | 47 |
| 4.2- Envelhecimento e Viuvez | 48 |
| 4.3- Diferenças de Género | 50 |
| 4.4- Luto e acontecimentos de vida | 51 |
| 4.5- Papéis Sociais e Viuvez | 55 |

Parte II

5- Parte Empírica

| | |
|---|----|
| 5.1- Apresentação do Estudo_____ | 57 |
| 5.2- Objectivos e Hipóteses_____ | 58 |
| 5.3- Métodos | |
| 5.3.1- Participantes_____ | 61 |
| 5.3.2- Instrumentos_____ | 62 |
| 5.3.3- Procedimento_____ | 65 |
| 5.4- Análise Dados_____ | 65 |
| 5.5- Resultados | |
| 5.5.1- Análise Descritiva_____ | 68 |
| 5.5.2- Análise Estatística | |
| a) Hipótese 1: Idade e Sintomatologia Depressiva_____ | 69 |
| b) Hipótese 2: Tempo de Viuvez e Sintomatologia Depressiva_ | 69 |
| c) Hipótese 3: <i>Coping</i> Controlo e Sintomatologia Depressiva__ | 70 |
| d) Hipótese 4: <i>Coping</i> Retraimento-Conversão-Adictividade e Sintomatologia Depressiva_____ | 70 |
| e) Hipótese 5: <i>Coping</i> Suporte Social e Sintomatologia Depressiva_____ | 71 |
| f) Hipótese 6: Actividades Laborais e Sintomatologia Depressiva_____ | 72 |
| g) Hipótese 7: Actividades de Lazer-Passear e Sintomatologia Depressiva_____ | 73 |
| 5.6- Discussão de Resultados _____ | 76 |
| 6- Conclusões do Estudo_____ | 82 |
| 7- Bibliografia_____ | 86 |
| ANEXOS_____ | 97 |

| Lista de Quadros | Pag. |
|---|-------------|
| Quadro 1. Relação entre os campos e as estratégias de <i>coping</i> , e as suas 18 dimensões_____ | 29 |
| Quadro 2. Tipologias de estilos de <i>coping</i> _____ | 31 |
| Quadro 3. Instrumentos de avaliação específica de <i>coping</i> _____ | 32 |
| Quadro 4. Sintomatologia depressiva nos guias de diagnósticos DSM-IV-TR e CID-10_____ | 38 |
| Quadro 5. Sintomas depressivos avaliados em alguns instrumentos de avaliação_____ | 39 |
| Quadro 6. Escalas de avaliação de sintomatologia depressiva_____ | 42 |
| Quadro 7. Escalas de avaliação de sintomas depressivos_____ | 43 |
| Quadro 8. Prevalência da depressão em idosos/viúvos segundo alguns estudos_____ | 46 |
| Quadro 9. Modelos clássicos das fases de luto: De Bolby e Kubler-Ross_____ | 55 |
| Quadro 10. Caracterização e descrição dos participantes_____ | 62 |
| Quadro 11. Estatística descritiva para as variáveis em estudo: Frequências (Fr), Percentagem (%) médias (M), desvio-padrão (SD), valores mínimos (Vm) e máximos (VM)_____ | 68 |
| Quadro 12. Médias e testes não paramétricos para ocorrência sintomatologia total (GDS) em função da Idade das viúvas e a Idade por Grupos_____ | 69 |
| Quadro 13. Média e testes não paramétricos para ocorrência sintomatologia total (GDS) em função do Tempo de Viuvez_____ | 70 |
| Quadro 14. Médias e testes não paramétricos para a ocorrência sintomatologia total (GDS) em função do <i>Coping</i> Controlo_____ | 70 |
| Quadro 15. Média e testes não paramétricos para a ocorrência sintomatologia total (GDS) em função do <i>Coping</i> de Retraimento-Conversão-Adictividade ____ | 71 |
| Quadro 16. Média e testes não paramétricos para a ocorrência sintomatologia total (GDS) em função do <i>Coping</i> de Suporte Social_____ | 72 |
| Quadro 18. Médias e testes não paramétricos para a ocorrência sintomatologia total (GDS) em função das Actividades Laborais_____ | 73 |
| Quadro 19. Modelo de regressão multinominal: Frequências observadas e previstas_____ | 75 |

| Lista de Figuras | Pag. |
|---|-------------|
| Figura 1. Modelo conceptual do processo de resiliência_____ | 17 |
| Figura 2. Modelo de processamento de <i>stress</i> e <i>coping</i> de Lazarus e Folkman_____ | 24 |
| Figura 3. Esquema do modelo de <i>coping</i> e <i>stress</i> de Rudolph e colaboradores_____ | 25 |
| Figura 4. Modelo teórico de <i>coping</i> de Moos e Schaefer _____ | 26 |
| Figura 5. Modelo teórico de <i>coping</i> de Leventhal_____ | 27 |
| Figura 6. Apresentação das hipóteses em estudo, operacionalizadas do ponto de vista estatístico_____ | 59 |
| Figura 7. Distribuição da ocorrência de sintomatologia por maior ou menor coping de retraimento-conversão-adictividade _____ | 71 |
| Figura 8. Distribuição da ocorrência de sintomatologia por actividades laborais _____ | 73 |
| Figura 9. Distribuição da ocorrência de sintomatologia por actividades de lazer: passear_____ | 74 |

| Lista de Anexos | Pag. |
|--|-------------|
| Anexo A- Instrumentos que estiveram na base da recolha de dados _____ | 98 |

Introdução

Na minha experiência de contacto com pessoas, de há muito que me inquietava o sofrimento emocional experienciado pelas viúvas, as suas dificuldades e os seus problemas. Muitas encarnam o papel de “mães coragem”, tendo-se de se desunhar para seguir em frente com a sua vida, por vezes com filhos menores e com tarefas que antes eram assumidas por dois. Porém a sua capacidade de resistência não é infinita e muitas acabam por entrar em *distress* emocional que potencia ainda maior sofrimento.

O presente trabalho é composto por duas partes. Na primeira parte começa-se por enquadrar globalmente do ponto de vista bibliográfico o desenvolvimento humano na idade idosa e a necessidade de ajustamento em face das situações de vida. Estas podem ser experienciadas com *stress*, para as quais é necessário eliciar recursos para lhes fazer frente. Especificamente o *coping*, estilos e estratégias, é um desses recursos que visam minimizar o impacto dos stressores. Nesse sentido procurou-se enquadrar teoricamente as diferentes perspectivas de coping, referindo os instrumentos de avaliação disponíveis e o modo como os viúvos fazem *coping*. Em face dos acontecimentos e situações de vida os viúvos também podem apresentar sintomatologia depressiva. Neste sentido procurou-se elencar os diferentes sintomas depressivos, os instrumentos que os avaliam e o modo como os viúvos tendem a apresentar este tipo de sintomas. Por último procurou-se caracterizar a viuvez não podendo deixar de referir o luto que a caracteriza.

Na segunda parte apresenta-se o estudo empírico carácter quantitativo, de tipo transversal e de carácter exploratório inter-individual com viúvas com mais de 65 anos. A variável que esteve sob investigação foi a sintomatologia depressiva em função da idade, tempo de viuvez, as estratégias de coping, actividades laborais e actividades de lazer.

Os objectivos deste estudo visaram a compreensão de como o factor tempo, as estratégias de coping e algumas actividades de lazer e mestria estão relacionadas com a sintomatologia depressiva e o modo como estas promovem diferenciação em termos de sintomas depressivos.

O presente trabalho sob o título “Coping e Sintomatologia depressiva em viúvas com mais de 65 anos” trata-se de uma dissertação de mestrado, com vista à finalização de um processo de aprendizagem.

I- PARTE TEÓRICA

1- Desenvolvimento Humano: Transições, *Stress*, Resiliência.

1.1- Enquadramento Macro-Teórico

Durante grande parte do séc. xx predominaram as perspectivas teóricas que enfatizavam o modelo crescimento-estabilidade-declínio, como uma característica única do desenvolvimento humano. Porém, progressivamente foram emergindo novas concepções multidisciplinares e modelos do desenvolvimento humano que vieram por em causa a visão do modelo crescimento-estabilidade-declínio (Fonseca, 2005).

A primeira perspectiva a debruçar-se sobre o desenvolvimento humano foi a perspectiva designada de maturacionista, que data da década de 30 do século passado (Chakur, 2005). Esta perspectiva conceptualizava o desenvolvimento humano em função das regras e imposições determinadas pelos genes (aprioristas e inatistas) (Chakur, 2005). Todo o desenvolvimento humano seguia o desenvolvimento orgânico, sendo que o contexto apenas tinha como função proporcionar condições óptimas para o desenvolvimento genético (Chakur, 2005).

A perspectiva comportamentalista do desenvolvimento humano, influenciada pelo cartesianismo, entendia a pessoa como uma máquina sujeita às pressões externas e biológicas, sendo passivo e incapaz de mediar as respostas que cada pessoa tem, agindo/reagindo de acordo com os princípios de causalidade directa entre variáveis e assente em princípios universalistas. Só recentemente a abordagem Comportamental Analítica começou a admitir a existência de reciprocidade entre o sujeito e ambiente (Fonseca, 2005).

A perspectiva Organicista do desenvolvimento humano defendida pela primeira linha do cognitivismo e construtivismo de piagetiano eleva o papel activo desempenhado pelo sujeito, enquanto autor das mudanças qualitativas à medida que o organismo físico se vai desenvolvendo (Fonseca, 2005). Esta perspectiva enfatiza as funções que estão na base da estruturação da estrutura do sujeito, supondo a existência e a evolução entre estádios desenvolvimentais, onde o actual estágio de desenvolvimento é diferenciado do estágio antecedente, evoluindo para um estágio com maior complexidade estrutural (Fonseca, 2005). Contudo o desenvolvimento psicológico segundo esta perspectiva continua a ser entendido como descontínuo, hierárquico, sequencial, universal (inatista) e orientado para objectivos finais, ou seja a adaptação e o ajustamento psicológico do sujeito ao meio que o envolve e terminando o desenvolvimento humano no início da idade adulta (Fonseca, 2005)

Uma segunda vaga organicista tem em Erikson, Kegan e Levison as principais referências, que começam por dar significativa importância ao papel da cultura e à interacção entre o sujeito e o meio, na adaptação e ajustamento desenvolvimental dos sujeitos (Fonseca, 2007). O conceito de crise entre estádios desenvolvimentais é para Erikson o conceito chave e compreensivo como ele postula a própria adaptação. Por outro lado Kegan supõe a possibilidade de avanços e recuos ao longo dos estádios desenvolvimentais na construção do seu *Self*, enquanto Levison afirma a existência de novas estruturas e mudanças estruturais nos estádios, onde as transições e processos de adaptação desempenham um papel crucial no desenvolvimento humano (Fonseca, 2005).

A perspectiva desenvolvimentista ou contextualista supõe que o desenvolvimento psicológico se faz através de uma sucessão de mudanças sistemáticas, organizadas, seja ao nível do funcionamento seja ao nível do comportamento individual, que implicam adaptação face às transformações, promovendo diferenciação entre os indivíduos e na relação destes com o mundo (Fonseca, 2007, 2005). O conceito central desta perspectiva é o conceito de “mudança”. O conceito de mudança, segundo Hoffman, Paris e Hall (citado por Fonseca 2007), caracteriza-se do seguinte modo: contínua, ao longo de toda a vida e em qualquer período da vida; cumulativa, partindo de aprendizagens prévias; direccionada, no sentido para uma maior complexidade; diferenciadora entre indivíduos de modo cada vez mais acentuado; organizada e integrada no funcionamento global do sujeito; holística, uma alteração em um aspecto do desenvolvimento promove alteração nos outros aspectos e mutuamente se implicam. Estas características da mudança promovem de acordo Lerner e Walls (citado por Fonseca 2007) continuidades funcionais e comportamentais e descontinuidades nos sujeitos após os processos de adaptação. Isto possibilita a existência variadas trajectórias desenvolvimentais, em função dos diferentes contextos e acontecimentos de vida cada sujeito experimenta.

O modelo desenvolvimentista/contextualista pode ser subdividido em quatro correntes ou teorias: Abordagem Ecológica, Contextualismo Desenvolvimental, Teoria da Acção e do Controlo e a Perspectiva Desenvolvimental do Ciclo de Vida (Fonseca, 2007).

Estas correntes teóricas partilham um conjunto de pressupostos: a plasticidade face à mudança; a multidireccionalidade do desenvolvimento ao longo da vida; o aumento das diferenças entre indivíduos com o aumento da idade; e todas as pessoas se desenvolvem independentemente da idade (Fonseca, 2005).

De modo sintético, quanto à Abordagem Contextualista enfatiza as interacções entre o organismo e ambiente e a plasticidade adaptativa que os sujeitos dispõem em diferentes

situações que implicam mudança. A Abordagem Ecológica enfatiza as influências do contexto sobre o sujeito e as relações com esse contexto, onde o sujeito é produto e produtor de contexto. A Teoria da Acção e do Controle enfatiza o papel da plasticidade e da diversidade desenvolvimental, reguladas através da acção individual e social, de acordo com as necessidades individuais e sociais, em face dos acontecimentos esperáveis e controláveis ou fortuitos e imprevisíveis, procurando manter um equilíbrio favorável entre ganhos e perdas, através de um ajustamento ou dupla adaptação, lidando com os insucessos, reajustando os objectivos pessoais às capacidades e competências de modo consciente e inconsciente (Fonseca, 2005).

Fonseca (2007) recolhe as principais suposições da corrente teórica do Desenvolvimento do Ciclo Vital elencando os principais autores: Baltes, Lindenberger, Staudinger, Reese, Lipsitt, Smith, Dixon e Lerner: (1) O desenvolvimento humano é um processo que se estende ao longo de toda a vida, por meio de ocorrência de mudanças desenvolvimentais. Os seus investigadores visam compreender a forma e o conteúdo das alterações comportamentais ao longo da vida. (2) O desenvolvimento está em função das exigências e das oportunidades com que cada pessoa se depara, não podendo falar em períodos mais e menos importantes. (3) O desenvolvimento é multidireccional e multidimensional ainda que cada pessoa tenha em si a expressão de princípios ontogenéticos e evolutivos. (4) A integração e a influência histórica e social ligam-se a factores cronológicos e a outros factores contextuais não ligados à idade. (5) A plasticidade está na base do desenvolvimento e ao longo de todo o desenvolvimento ainda que diminua ao longo da vida. A plasticidade permite diferentes modos de adaptação no sujeito e entre sujeitos face às situações ou acontecimentos de vida. (6) Todos os sujeitos possuem algum potencial para executar as tarefas desenvolvimentais com que se depara, ainda que este potencial para a mudança também diminua com evoluir do desenvolvimento, em razão das contingências biológicas e socioculturais, mas esta diminuição é não linear. (7) O desenvolvimento deve ser definido, face a perdas e ganhos, como qualquer mudança adaptativa do organismo, seja ela positiva ou negativa. (8) O progresso desenvolvimental faz-se pela imergência de novas capacidades adaptativas e pela perda de capacidades já existentes, caso elas já existam. O processo adaptativo obedece a um modelo composto por três mecanismos interactivos – selecção, optimização e compensação – que agem em conjunto. (9) As pessoas são produtores e produto do seu próprio desenvolvimento. (10) O estudo do desenvolvimento humano é multidisciplinar.

De sublinhar ainda a Abordagem Ecológica Gibson, que enfatizando as relações e interações entre o sujeito e o ambiente, sublinha a mediação exercida pelos processos sensitivos, perceptivos, mnésicos, accionais e dialécticos, em função das acções anteriores, com um propósito definido, ainda que estas, sejam mais condicionadas pela envolvência, do que pelas capacidades que o indivíduo possa deter (Passos, Batalau & Pedro, 2006).

Karl Newel (citado em Passos, Batalau & Pedro, 2006) propõe um modelo compreensivo dos constrangimentos que pode afectar a mudança desenvolvimental: os constrangimentos do sujeito; os constrangimentos da envolvência; e os constrangimentos da tarefa. Quanto aos primeiros dizem respeito às características do indivíduo, que no caso da viuvez podem ser, a idade, saúde, cognição, valores, emoções, motivação, autonomia... e toda a sua idiossincrasia psicológica. Quanto aos segundos dizem respeito às condições que o ambiente proporciona ao indivíduo, tais como, suporte social, papéis, estatuto outorgado, pressões sociais, modelos sociais, religiosidade... Quanto aos terceiros constrangimentos resultam dos objectivos a cumprir, expectativas de concretização, recursos exigidos... Os constrangimentos geram informação e podem determinar o sucesso ou o insucesso das transições face às situações e acontecimentos de vida, promovendo ou pondo em causa a mudança desenvolvimental e ajustamento psicológico.

1.2- As Transições Desenvolvimentais

O conceito de transição tem a sua origem na Teoria de Transição de Kramer de 1968 (citado em Brammer, 1992). Inicialmente o conceito serviria para designar um estado/condição/espaço temporal entre dois momentos desenvolvimentais distintos. Porém hoje o conceito assumiu para si, os próprios processos da mudança (Fonseca, 2005). Brammer (1992) define as transições como descontinuidades abruptas com as situações de vida anteriores, perceptíveis com origens identificáveis, pontos de inflexão e finalizações. No processo de transição as estratégias de *coping* são mobilizadas durante o processo de transição para gerir a própria transição, sendo possível identificar três etapas na transição: o início, a resolução final e o crescimento. Segundo este autor as estratégias de *coping*, que implicam reestruturação cognitiva, resolução de problemas e gestão do *stress* são as principais variáveis que determinam e medeiam o curso e a intensidade emocional da transição. Segundo Brammer e Arego (citado em Fonseca, 2005) o *coping* bem sucedido pode levar a pessoa a aprender a gerir e a lidar com as futuras transições. Outras variáveis que influenciam o

processo de transição são o controlo percebido, a percepção de desafio e o compromisso com a mudança (Brammer, 1992).

Em termos compreensivos do desenvolvimento humano, a ênfase é agora colocada nos processos de como decorre ou acontece esse desenvolvimento também designadas de transições, que possibilitam a compreensão quanto aos modos diferenciados como os indivíduos, em situações idênticas, actualizam no aqui e agora esse desenvolvimento (Fonseca, 2007). As transições podem ser experimentadas como formas de crise, onde se produz *distress*, ou como transições psicossociais como menor impacto, mas que mesmo assim exigem mudanças no sujeito (Fonseca, 2005).

O modelo de transições de Schlossberg pode ser definido: a) como um modelo contextual, na medida em que as transições acontecem num contexto social; b) desenvolvimental, em razão do contínuo progresso desenvolvimental do indivíduo; c) um modelo do ciclo de vida, visto que se apoia em questões de individualidade e movimentos de continuidade *versus* mudança; d) e um modelo transaccional, na medida em que se centra na relação entre o sujeito e o acontecimento de vida (Fonseca, 2005).

De acordo com Scholossberg (citado em Fonseca 2005) os acontecimentos de vida podem ser experienciados de modo diverso. Os acontecimentos de vida podem ser antecipados ou não antecipados; previsíveis ou imprevisíveis; ou mesmo podem ser previsíveis mas acabam por não acontecer.

Perante os acontecimentos ou a ausência deles, Brammer, Arego e Hopson (citado em Fonseca, 2005) propõem estádios de reacção às transições em sete estádios muito semelhante às fases de luto de que falaremos adiante:

- *Choque e imobilização* quanto mais for um acontecimento não esperado;
- *Minimização/negação* como modo de reduzir o impacto *stressor*;
- *Depressão*: com a presença de sintomas de ansiedade e depressão;
- *Indiferença*: fase de incerteza, deixando que o tempo resolva;
- *Exploração de alternativas*: fase em que se experimentam possíveis soluções de podendo alternar com labilidade de humor;
- *Procura d significado* face às alternativas que vão sendo implementadas;
- *Integração*: fase de renovação em novos valores, de ideias, e de projectos dando como finalizada a transição e início da adaptação.

1.3- O Stress

O *stress* é uma componente comum e familiar na vida de todas as pessoas, que não tem de estar necessariamente associado a uma experiência nociva. Trata-se de um fenómeno de adaptação e de sobrevivência face aos acontecimentos de vida. Ele pode de facto ser nocivo quando ele seja excessivo e difícil de controlar (Martins, 2004).

Alguns autores como Seley e Edwards (citado em Martins, 2004) diferenciam o *stress* em *eustress* e *distress*. O *eustress* diz respeito às situações e experiências positivas de *stress* que potencializam a adaptação e ganhos desenvolvimentais com um mínimo de custos pessoais. O *distress* diz respeito às situações e experiências desagradáveis com potenciais custos para a saúde e o bem-estar psicológico. Muitas vezes este conceito mais particular de *distress* tem muitas vezes sido substituído na investigação pelo conceito mais genérico de *stress*.

De acordo com o modelo médico o *distress* é entendido como uma categoria de doença, que tem uma causa física neurológica responsável pela perturbação do pensamento e do comportamento que requer tratamento médico (Mabitsela, 2004). A Teoria Interpessoal entende o *distress* como um comportamento mal adaptativo nas relações interpessoais passadas e presentes (Mabitsela, 2003). A linha dinâmica entende o *distress* como uma tentativa falhada de lidar com as dificuldades actuais, resultante do uso inadequado dos mecanismos de defesa (Mabitsela, 2003). A Teoria Cognitiva defende que a cognição também está na base do *distress* e se manifesta por estado de sofrimento resultante de uma visão negativa de si, do meio e do futuro (Mabitsela, 2003). Lerutla (citado em Mabitsela, 2003) define o *distress* como uma condição emocional individualizada quando é necessário lidar com situações perturbadoras, frustrantes ou prejudiciais. Outros preferem definir o *distress* através de um conjunto de sintomas depressivos, sintomas ansiogénicos, de agressividade ou de outro tipo de alterações comportamentais, cognitivas e emocionais (Mabitsela, 2003).

A definição de *stress* não é consensual. Diversas taxonomias, modelos, e perspectivas vão-no definindo de acordo com as suas bases conceptuais. Alguns definem-no como o esforço para manter as funções essenciais para manter o nível requerido; como informação que o sujeito interpreta como ameaça, perigo ou desafio; como frustração que não pode reduzir-se; ou como impossibilidade de prever o futuro (Martins, 2004).

Em psicologia também se entende o *stress* como um conjunto de forças externas e internas que produzem efeitos transitórios ou permanentes sobre a pessoa. Seley (citado em Martins, 2004) define o *stress* como uma resposta geral do organismo perante um estímulo

stressor ou uma dada situação *stressante*. Este padrão de resposta do organismo Selye denomina-o de Síndrome de Adaptação Geral, na qual podemos identificar três estágios:

- A fase de reacção de alarme na qual se dá um aumento da resposta autonómica com descarga de adrenalina, com actividade adrenocortical;

- A fase de resistência onde as reacções de alarme desaparecem, o que pode indicar adaptação;

- A fase da exaustão caso a estimulação aversiva persistir, dado que a resistência dá lugar à exaustão (Martins, 2004).

Contudo o modelo de Selye não tem em conta a componente cognitiva nem as possíveis estratégias de *coping* para lidar com a situação *stressante* (Martins, 2004)

Matteson e Ivacevich (citado Martins, 2004) definem que a resposta é adaptativa se mediada por características individuais, perante acções externas, situações ou acontecimentos, exigindo fisicamente e psicologicamente do sujeito de modo inusual.

A perspectiva cognitivista de Folkman e Lazarus acentua a componente avaliativa e cognitiva do evento *stressor* por parte, para que ele seja determinado pelo sujeito como indutor de *stress*, só provocando *stress* se o sujeito o perceber como ameaçador, não possuindo recursos internos ou externos para lhe dar resposta, dando assim uma transacção entre a pessoa com as suas competências e o ambiente social envolvente. Esta perspectiva defende que o *stress* resulta de uma discrepância avaliativa entre os recursos e as exigências do *stressor* (Martins, 2004).

Pierre Tap (1997) defende que são três as concepções básicas do *stress*: o *stress* enquanto resposta adaptativa (de acordo com o modelo de Selye); o *stress* enquanto estímulo que exige recursos pessoais e sociais, de modo a minimizar o impacto desse estímulo; e o *stress* enquanto transacção que exige estratégias para lidar com a situação *stressora*.

Segundo Baltes, Staudinger e Lindenberger (citados em Ong & Bergman, 2004) parecem ser os idosos aqueles que experienciam um maior *stress*, nomeadamente porque se encontram de maior vulnerabilidade, nomeadamente biológica. Contudo Ong. Bergman (2004) destacam que pouco se sabe como as pessoas idosas lidam com os acontecimentos *stressantes*.

Holmes e Rahe (citados em Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003) já em 1963 classificavam a viuvez e o divórcio como os acontecimentos de vida mais *stressantes* da vida adulta.

1.4- A Resiliência

Todas as pessoas ao longo da vida experimentam acontecimentos perturbadores, nomeadamente a morte de familiares e amigos. Algumas pessoas apresentam *distress* e mostram-se incapazes de recuperar. Porém a maioria, após um período de intenso *distress* recupera a estabilidade e o funcionamento global, avançando para novos desafios (Bonanno, 2004).

Segundo a APA a resiliência é a habilidade humana de se adaptar em face da tragédia, trauma, adversidade, fadiga e seguir em frente face aos *stressores* (APA Help Center, 2006).

O constructo e o estudo da resiliência no âmbito da psicologia é recente, tendo a sua origem na física, enquanto a capacidade de um corpo voltar ao seu estado de normalidade depois de ter sofrido um impacto (Taboada, Legal & Machado, 2006) e a sua definição é imprecisa em razão da multiplicidade de factores e variáveis que devem ser levados a cabo no estudo da mesma (Yunes, 2003). Os termos precursores de resiliência, ainda comumente usados, são os de invencibilidade e invulnerabilidade (Yunes, 2003). Anthony (citado em Yunes, 2003) introduziu o termo de invulnerabilidade para se referir às crianças, que apesar da exposição a períodos prolongados de adversidade e *stress* psicológico apresentam saúde emocional e competência.

Rutter (citado em Yanes, 2003) foi um dos pioneiros no estudo da resiliência conceptualizando-a como uma resistência absoluta ao *stressor* e imutável com o tempo, como uma característica interna do indivíduo. Contudo os estudos recentes revelam que a resistência dos sujeitos é relativa às circunstâncias e que as suas características são tanto ambientais como pessoais. Segundo o mesmo Rutter (citado em Sachuck & Cangussu, 2008) a resiliência não é um processo que elimine o risco, mas serve para suportar o sujeito face ao risco de modo transaccional entre o sujeito e o ambiente.

Martineau (citado em Yanes, 2003) distingue três linhas de estudo da resiliência:

- Psicométrica: elaboração de estudos através de análise estatística, identificando traços personalísticos resilientes (sociabilidade, criatividade na resolução de problemas, sentido de autonomia e de proposta);

- Estudos centrados na análise do discurso de sujeitos resilientes de carácter qualitativo identificando várias tipologias.

- Resultante do trabalho com pessoas resilientes em campo, identificando-os de subjectivamente como sujeitos como resilientes.

A psicologia do desenvolvimento já documentou a resiliência em crianças. Contudo nos adultos, a resiliência ainda é um campo vasto de desconhecimento. Muitas vezes se

subestima a resiliência no adulto, confundindo formas reactivas e normais de resiliência com patologia, dado que pensamos que a superação traumática segue apenas um caminho possível, sendo estes múltiplos e por vezes inesperados (Bonanno, 2004).

A resiliência reflecte a competência para os sujeitos manterem a estabilidade e é entendida como um factor protector de saúde mesmo em condições de extrema adversidade. Ainda que o sujeito perante uma adversidade possa ter um período reactividade, ele progressivamente ao longo do tempo retoma a sua funcionalidade, entendendo esse período de ajustamento como um período de crescimento e desenvolvimento (Bonanno, 2004). Bonanno, (2004) referindo-se às pessoas enlutadas, questiona todos aqueles que defendem uma intervenção clínica junto dos enlutados, referindo que esta pode ser ineficaz ou mesmo prejudicial. A intervenção deve estar reservada para aqueles que cronicamente não conseguem fazer processos de ajustamento psicológico ou pelo prolongar no tempo do *distress* emocional (Bonanno, 2004).

De acordo com Bonanno (2004) a resiliência é algo comum nas pessoas, ainda que seja diferente em função do sujeito e do contexto. Quando necessário são activados múltiplos e inesperados padrões de resiliência para fazer face aos acontecimentos. Ele define os seguintes padrões de resiliência face ao *stress* extremo:

- *Hardiness*: Este padrão define-se pela capacidade de continuar a ter sentido de vida; a crença de que consegue influenciar o contexto e os resultados dos acontecimentos; e a crença de que pode continuar a aprender e a crescer a partir de experiencias negativas e positivas. Estes indivíduos são mais eficazes no uso do *coping*, do uso do suporte social e a lidar com a dor que sentem.

- Self-Enhancement: Auto-aprimoramento. Parece que os sujeitos que tem expectativas irrealistas e enviesadas acerca de si são melhor promotoras ajustamento do que uma consciência realista dos factos e dos acontecimentos.

- *Coping* Repressivo: Consiste em evitar pensamentos, emoções e lembranças desagradáveis perante uma situação de sofrimento extremo. Ainda que com o tempo este *coping* possa não ajudar à superação, naquele momento permite um distanciamento fundamental para não perder o equilíbrio.

- Emocionalidade Positiva e o Riso: Emoções positivas podem ajudar a reduzir a intensidade dos acontecimentos aversivos e a promover uma melhor adaptação à perda e aumentam a sociabilidade do sujeito.

Segundo Carmello (citado em Sachuck & Cangussu, 2008) os sujeitos resilientes apresentam um conjunto possível de comunalidades: São autoconfiantes (acreditam em si e

naquilo de que são capazes de fazer); Gostam e aceitam mudanças (encaram as situações de *stress* e adversidade como um desafio a ser superado); Têm baixa ansiedade e alta extroversão (são abertos às novas experiências e formas de se fazer as coisas); Têm auto conceito e auto-estima positivas (conseguem administrar os seus sentimentos e as suas emoções em ambientes imprevisíveis e de imergência); São emocionalmente inteligentes (conhecem suas emoções, sabem administrá-las, sabem automotivar-se, reconhecem emoções em outras pessoas e sabem manejar relacionamentos); São altamente criativos (procuram constantemente por inovações); Dispõem de uma eficaz capacidade de resposta (mantém altos níveis de clareza, concentração, calma e orientação frente a uma situação adversa).

Bonanno e seus colaboradores (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2006) têm dedicado muita da sua investigação ao conceito de resiliência nomeadamente focada num acontecimento traumático em particular: a morte do cônjuge. Segundo estes, a maioria dos enlutados a seguir à perda apresenta poucos ou mesmo quase nenhum sintoma psicopatológico, reajustando-se e seguindo a sua vida de modo normal (Bonanno, 2004).

Porém o conceito de resiliência ainda não ganhou o seu espaço de modo total na investigação psicológica. Segundo Bonanno e colaboradores (2006) o conceito já foi bastante explorado com a população infantil, contudo com a população adulta ainda não existe um corpo empírico sólido, em razão da utilização de amostras relativamente pequenas o que implica limites à generalização. Isto sugere a necessidade de pesquisas mais sistemáticas e alargadas.

De acordo com Ong e Bergeman (2004) convém distinguir resiliência nos idosos enquanto manutenção do desenvolvimento das competências face às ameaças e desafios, da recuperação das situações de risco e de adversidade, dado que os estudos revelam que os idosos mantêm ao longo do tempo competências e bem-estar, desenvolvem altos níveis de saúde e bem-estar, a existência de mecanismos que influenciam a saúde física e psicológica, assim como também mudanças intra-individuais que influenciam as trajectórias dos possíveis ganhos e perdas.

No sentido de refinar as linhas orientadoras de investigação da resiliência em idosos Ong e Bergeman (2004) apresentam um Modelo Conceptual do Processo de Resiliência, onde o *coping* aparece como fonte de resiliência como podemos ver na figura 1.

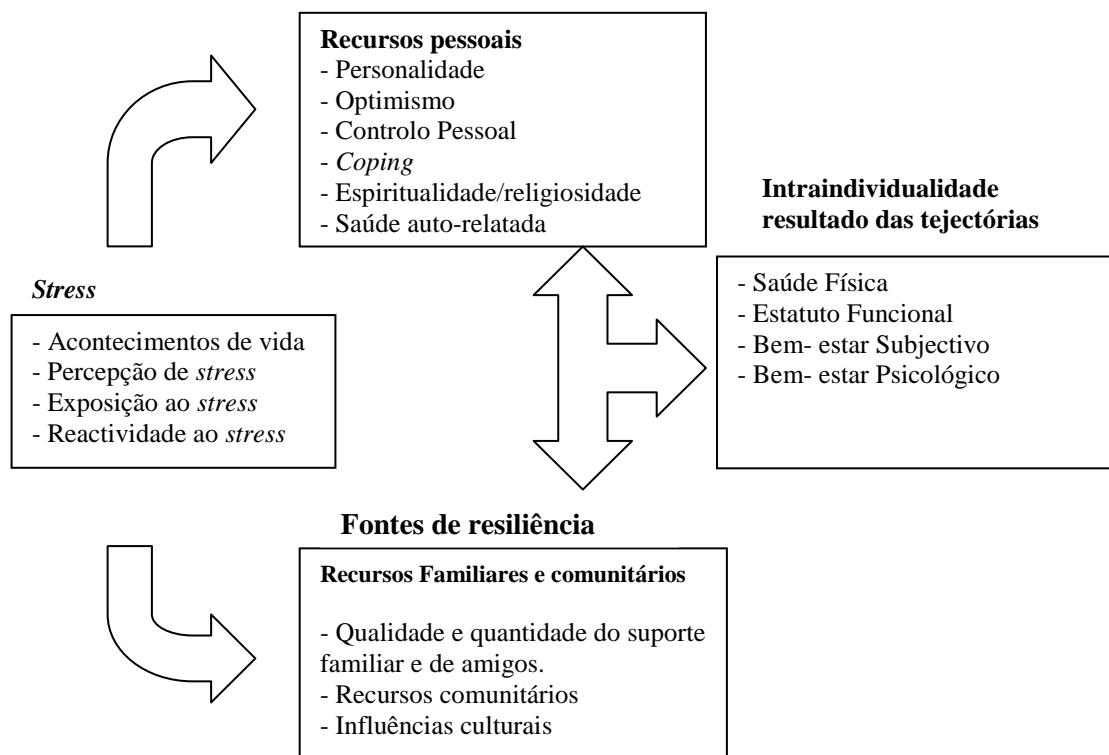


Figura 1. Modelo conceptual do processo de resiliência

Fonte: Ong, A.D. e Bergman, C.S. Resilience and Adaptation to *Stress* in Later Life: Empirical Perspectives and Conceptual implications. Ageing International, 2004, p.225

Para Ong e Bergeman (2004) a resiliência é um constructo multidimensional que implica medidas de avaliação fiáveis. Um conceito fundamental dentro da resiliência é o conceito de bem-estar o que implica medidas que não avaliem somente diferenças inter-individuais mas do próprio processo de bem-estar. A evidência sugere que o conceito de saúde e bem-estar positivo são fundamentais para a compreensão da resiliência na velhice em duas perspectivas: uma primeira que assenta sobre o hedonismo e felicidade, e uma outra sobre o eudaimonismo ou auto-actualização e auto-realização. Estas duas perspectivas deram origem a duas teorias explicativas sobre o bem-estar e a instrumentos de avaliação distintos: a teoria do Bem-Estar Subjectivo de Diener (Crenças de: Afecto Positivo, Afecto negativo e Satisfação de Vida Global) e a teoria do Bem-Estar Psicológico de Ryff (Crenças de: Auto-Aceitação, Crescimento Pessoal, Propósito de Vida, Relações Positivas com os Outros, Controlo Ambiental e Autonomia). A partir destes dois instrumentos foram refinadas características em outros instrumentos: (*Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; de Watson, Clark, & Tellegen, 1988), o *Satisfaction With Life Scale* (SWLS; de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), o *Life Satisfaction Index-Z* (LSIZ; de Wood, Wylie, &

Shaefor, 1969), e o *Psychological Well-Being Scales* (de Ryff & Keyes, 1995) (citados em Ong & Bergeman, 2004).

Para além destes conceitos, Ong e Bergeman (2004) tendo em conta o modelo por eles apresentado, um conjunto variado de conceitos necessitam de investigação aturada, nomeadamente com estudos longitudinais, com o objectivo de melhor discriminar o alcance do conceito de resiliência. Conceitos como factores de risco e de protecção, *stress*, adaptação, superação, ajustamento, *coping*, entre outros, não possuem muitas vezes definições claras, explícitas o que pode resultar em confusão teórica (Taboada *et al.* 2006).

Contudo parece que aquilo que carece de evidência, segundo Ong e Bergeman (2004), já não são tanto os conceitos multidimensionais da resiliência, mas a necessidade de explicar a existência da idiosincrasia, dado que esta muitas vezes é tomada para explicar o que cada teste não explica, concretizando-se num conjunto de inexplicáveis, dado que a variabilidade pode ser explicada pela idiosincrasia, mas também pelos erros de medida, de tempo e de contexto, sendo que muito pouco da investigação se tem concentrado na idiosincrasia e mais em aspectos nomotéticos.

Ong e Bergeman (2004) integram no seu modelo o conceito de *coping*. Contudo a distinção entre resiliência e *coping* não tem sido, nem serena nem esclarecedora, fazendo com que muitos autores optem por os unir nas suas investigações (Ewart, Jorgensen, Suchaday, Chen & Mattheus, 2002; Caldwell & Boyd, 2009).

A confusão quanto à utilização do conceito de resiliência, resultam de posições teóricas, metodológicas e práticas, de modo que Taboada e colaboradores (2006) falam de conceitos de resiliência em vez de resiliência, ainda que seja possível encontrar uma ideia comum: a capacidade do indivíduo em se recuperar/fazer frente à/lidar positivamente com a adversidade. Deslandes e Junqueira (citado em Taboada *et al.*, 2006) diferenciam três pólos em que o tema tem sido abordado:

- Resiliência enquanto processo de adaptação *versus* superação: entre aqueles que defendem que sujeito é capaz de se manter saudável apesar das adversidades; *versus* aqueles que defendem que os sujeitos fazem crescimento desenvolvimental através das dificuldades;

- Resiliência enquanto factor inato *versus* factor adquirido: a questão continua presente quando a ênfase é colocada em factores mais hereditários ou em factores de aprendizagem do contexto;

- Resiliência enquanto acção circunstancial *versus* permanente: Diferentes que enfatizam ou os aspectos situacionais (contexto) ou disposicionais (traços).

Segundo Taboada e colaboradores (2006) *coping* e resiliência apresentam bases conceptuais parecidas, senão idênticas, tendo o estudo do *coping* (situacionista e disposicionista) contribuído para o estudo da resiliência. No seu estudo de revisão teórica denota que a maioria dos pesquisadores não faz esta relação entre os dois constructos, e quando o fazem é como se de um apêndice se tratasse. Taboada e colaboradores (2006) defendem que o *coping* visa o modo de lidar com a situação *stressante*, enquanto a resiliência foca a sua atenção no resultado obtido pelas estratégias.

2- Coping: Perspectivas Teóricas, Avaliação e Vívros

2.1 – O Conceito

Foi na década de 1960 que conceito de *coping* passou a integrar o corpo teórico da psicologia e têm a sua origem no conceito de mecanismos de defesa, quando estes visavam o ajustamento e a adaptação (citado em Teles-Correia, Mega, Barbosa, Barroso & Monteiro, 2008). Haan em 1965 distingue-os, definindo os mecanismos de *coping* como flexíveis e orientados para um fim, enquanto os mecanismos de defesa seriam inflexíveis, indiferenciados e não orientados para a realidade (citado em Teles-Correia *et al.*, 2008).

O conceito de *coping* é uma palavra inglesa, mas que já faz parte do vocabulário da psicologia em Portugal, tal como o conceito de *stress*. Existem autores que utilizam a palavra inglesa *coping*, enquanto outros optam pela tradução para: “adaptação”, “confronto” ou “lidar com”. No português do Brasil utiliza-se o termo de “enfrentamento”, próximo do termo castelhano de “enfrentamiento” (Pais Ribeiro, 2004).

Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998) ao fazerem uma revisão teórica às teorias de *coping*, definem *coping* como um conjunto de estratégias usadas pelas pessoas visando a adaptação às circunstâncias, por meio dos esforços despendidos pelos indivíduos para lidarem com as situações, dado que um sujeito pode iliciar as estratégias de *coping*, contudo os esforços disponibilizados podem não ser os suficientes para a adaptação.

Folkman e Lazarus são dois nomes de referência no início do estudo do *coping* (citado em Teles-Correia *et al.*, 2008). Segundo eles, as estratégias de *coping* são esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas externas ou internas, que são avaliadas como excedendo ou estando no limite dos recursos do sujeito. Trata-se de formas de reagir a situações traumáticas ou *stressantes* percebidas pelas pessoas como tal,

onde os factores e processos individuais são determinantes na acção, sendo que a inacção é também uma forma de acção.

De acordo com este tipo de definição, o *coping* tem as seguintes características: é orientado para o processo; refere-se à gestão da situação em vez da mestria; não qualifica o *coping* como adequado ou inadequado; e impõe uma distinção entre *coping* e comportamentos adaptativos automáticos (Pais Ribeiro & Santos, 2001)

A definição de *coping* vai apresentando matizes diferentes em função do modelo de base. Porém, aquela definição que parece recolher o maior consenso, define *coping* como uma resposta que tem como objectivo a diminuição ou suportar do sofrimento físico, emocional ou psicológico, resultante de um acontecimento de vida *stressante* ou de aborrecimentos diários (Snyder & Dinoff, 1999).

A perspectiva dinâmica mais freudiana continua a conceptualizar o *coping* como um mecanismo(s) de defesa, que capacitam cada pessoa para lidar com o inconsciente sexual e os conflitos agressivos, sendo o pensamento e os sentimentos uma manifestação do inconsciente, enfatizando o carácter internalista do conflito (*stress*) (Snyder & Dinoff, 1999). Alfred Adler (citado em Snyder & Dinoff, 1999) acrescenta à visão internalista da perspectiva dinâmica do *coping*, uma dimensão externa, defendendo que o *coping* também seria um modo de resposta positiva às ameaças externas provenientes do ambiente.

Progressivamente tem-se vindo a diferenciar o *coping* dos “mecanismos”, nomeadamente quando associado com os mecanismos de defesa. Os mecanismos de defesa são classificados como rígidos e inadequados com a realidade externa, tendo a sua origem em questões do passado e derivados do inconsciente, enquanto o *coping* é classificado como mais flexível, intencional, adequado à realidade, orientado para o futuro e consciente (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998).

Entre 1960 e 1980 os investigadores como Folkman, Lazarus, Leventhal entre outros focaram o seu foco de estudo no *coping* enquanto um processo consciente de avaliação do evento indutor de *stress*, colocando a pessoa/cognição no centro do processo de *coping*, relegando para um plano secundário os mecanismos internalistas do inconsciente, conceptualizando o *coping* como uma transacção cognitiva entre o indivíduo e um contexto específico, sendo que a escolha de uma dada estratégia de *coping*, para um dado acontecimento depende do indivíduo e da sua avaliação do acontecimento (Snyder & Dinoff, 1999). Lazarus (citado em Seidel, Tróccoli & Zannon, 2001) concebe dois momentos face aos sucessos eliciadores/percepcionados como geradores de *stress*: o primeiro como *appraisal* ou avaliação cognitiva e a resposta de *coping* ou de confronto.

A uma outra vaga de estudiosos têm sobretudo enfatizado as convergências entre *coping* e personalidade, dado que os factores situacionais não são capazes de explicar toda a variabilidade das estratégias de *coping* nas pessoas. Parece que o optimismo, a rigidez, a auto-estima, o *locus* de controlo estão associados às estratégias de *coping* (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998)

Segundo Pais Ribeiro (2003) a confusão pode-se instalar perante um universo de conceitos referentes a *coping*: *Coping*-estado (situacionista); *Coping*-traço (disposicionista); Estratégias de *coping*; Estilos de *coping*; Ajustamento. Quanto aos dois primeiros já nos fomos referindo, quanto aos restantes, segundo Gelder, Gath, Mayou e Cowen (citado em Pais Ribeiro, 2003), tanto as estratégias de *coping* como os mecanismos de defesa podem reduzir os efeitos de emoções fortes provocadas pelos *stressores*, porém o termo *estratégias de coping* provém da psicologia social e aplica-se às actividades que a pessoa faz conscientemente. Do uso repetido das mesmas estratégias de *coping* ao longo do tempo, constituem-se em estilos de *coping*. O conceito de *mecanismo de defesa*, como já referido, da linha psicanalítica, é utilizado para se referir a processos mentais inconscientes. É também neste sentido (inconsciente) que o termo *adaptação* é utilizado para referir-se a processos psicológicos implicados no ajustamento a uma situação *stressante*. Segundo Boden e Baumeister (citado em Coifman, Bonanno, Ray, & Gross, 2007), o *coping* nem sempre é uma acção consciente, eles defendem que o uso repetido de determinadas estratégias de *coping* faz com que estas acções de *coping* passem para o controlo automático.

2.2- Modelos de *Coping*: Situacionistas e Disposicionistas

As distintas abordagens sublinham aspectos diferentes do *coping*. A abordagem disposicional foca-se nos mecanismos estáveis intra-individuais, defendida pela linha psicanalítica e pela linha de estudo ligada aos traços e características de personalidade. A abordagem contextual ou situacionista defende que são os factores situacionais, aqueles que mais pesam na selecção dos mecanismos de *coping*. Actualmente procura-se seguir uma abordagem integracionista que procure integrar os factores disposicionais e situacionais (Teles-Correia *et al.*, 2008).

2.2.1- Modelos Situacionistas

O primeiro modelo de *coping* a ser elaborado foi o modelo cognitivista de Lazarus e Folkman (Teles-Correia *et al.*, 2008, Seidel, Tróccoli & Zannon, 2001). Partindo da análise factorial, dividem o *coping* em dois grupos: o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema. Quanto ao primeiro envolve a fantasia e outras actividades que visam a regulação emocional da pessoa face à situação *stressante*. O segundo trata-se de um conjunto de esforços eliciados para gerir, alterar, resolver, reformular ou minimizar os efeitos nefastos da situação (Seidel, Tróccoli & Zannon, 2001). Porém outros estudos têm identificado a existência de outras estratégias de *coping* como: a procura de suporte social, a religiosidade e a distração, e não somente as identificadas por Folkman e Lazarus (Seidel, Tróccoli & Zannon, 2001).

As estratégias de *coping* podem ser focalizadas no problema ou na emoção. São focalizadas na emoção aquelas estratégias somáticas e sentimentais que pretendem regular o estado emocional que está associado ao *stress*, ou é resultado dos acontecimentos *stressantes*, como por exemplo, fumar um cigarro, tomar um ansiolítico, sair para distrair...visando a redução da sensação física desagradável produzida pelo *stress*. Por outro lado o *coping* focalizado no problema visa alterar a situação concreta indutora de *stress*, para que esta deixe de exercer força emocional sobre o sujeito (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Quando se trata de um evento externo, os sujeitos procuram estratégias tais como: negociação, solicitar ajuda, aprender novas competências, remover barreiras, gerar soluções alternativas ...Quando se trata de um acontecimento interno, trata-se de reequacionar cognitivamente o *stressor*, relativizando, reavaliando o seu impacto, ou minimizado algo que inicialmente tinha sido magnificado ou catastrofizado. Deste modo estaríamos perante o *coping* focado no problema (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998). As estratégias de *coping* não são mutuamente exclusivas, antes pelo contrário, a sua mutualidade facilita a consecução do *coping* (Snyder & Dinoff, 1999).

As estratégias de *coping* centradas no problema podem ainda ser subdivididas em *Coping Activo* e *Coping Passivo*. O *coping Activo* refere-se aos esforços de acção para tentar alterar a situação indutora de *stress* ou minorar os seus efeitos. Por outro lado o *Coping Passivo* diz respeito à procura de uma oportunidade apropriada para agir sobre o *stressor* de um modo antecipatório (Gomez, Cruz & Moreno, 2007). Por outro lado as estratégias centradas na emoção podem ser subdivididas em diversas categorias (Gomez, Cruz & Moreno, 2007): (1) Apoio Social emocional: na qual os sujeitos buscam junto de outros suporte moral, simpatia e compreensão. Este tipo de *coping* resulta funcional quando o sujeito

tem de se confrontar realmente com a situação depois de ter reunido um conjunto de apoios emocionais para o fazer; (2) Apoio Religioso: os sujeitos visam encontrar um suporte emocional fundado nas suas crenças e espiritualidade, visando uma re-intrepretação mais positiva do acontecimento *stressor*; (3) Re-intrepretação Positiva e Desenvolvimento: Trata-se de re-significar a emocionalidade resultante do *stressor*, em vez de re-significar ou agir sobre o próprio *stressor*, ainda que possa levar o sujeito a agir sobre o próprio *stressor*; (4) Concentração/Exteriorização emocional: refere-se à tendência para o sujeito se centrar emocionalmente nas emoções negativas exteriorizando posteriormente as suas emoções. Este comportamento resulta benéfico numa fase inicial de tensão, porém o prologar esta tipologia pode impedir uma adequada adaptação por inibir o *coping* activo; (5) Libertação Cognitiva: consiste em fazer um conjunto de actividades para distrair ou evitar pensar na finalidade ou meta com a qual o *stressor* interfere; (6) Negação: consiste em ignorar o *stressor* pode reduzir o *stress* e favorecer o confronto, ser útil no período de transição, contudo o seu prolongamento pode impedir a aproximação activa. (7) Dependência: enquanto o sujeito recorre a substâncias químicas para sedar e diminuir a dor emocional experienciada;

De acordo com o modelo de Folkman e Lazarus, os esforços eliciados para fazer a gestão do *stressor* é considerado *coping* independentemente do resultado. Assim não se pode conceptualizar as estratégias de *coping* como boas ou más, adaptativas ou mal adaptativas. Para que essa interpretação seja feita é necessário ter em conta a natureza do *stressor*, a disponibilidade dos recursos existentes e o resultado do esforço de *coping* (Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

Porém, parece que existem estratégias específicas de *coping* que geralmente produzem melhores resultados de adaptação e desenvolvimento, dado que os sujeitos que fazem mais uso de estratégias focadas na emoção apresentam maior sintomatologia depressiva e ansiogénica (Snyder & Dinoff, 1999). Segundo Lazarus e DeLongis (citados em Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998) os processos de *coping* variam em função do desenvolvimento da pessoa, das modificações desse desenvolvimento e das experiências vividas pelas pessoas. Eles defendem que o estudo do *coping* deve ser preferencialmente longitudinal.

Um outro conceito fundamental no modelo de Folkman e Lazarus é o conceito de *stress*, por eles descrito como situações externas ou internas avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos pessoais e contextuais disponíveis (Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998). O *stress* pode ser percebido pelos indivíduos de modo distinto: como ameaçadoras, como causadoras dano ou como um desafio (Seidel, Tróccoli & Zannon, 2001). Lazarus (citado em Seidel, Tróccoli & Zannon, 2001) concebe dois momentos face aos

estímulos eliciadores/percepcionados como geradores de *stress*: o primeiro como *appraisal* ou avaliação cognitiva e a resposta de *coping* ou de confronto.

Segundo Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira (1998) o modelo de Folkman e Lazarus envolve quatro conceitos básicos: (1) o *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (2) a sua função é de gestão da situação de *stress* e não de domínio ou controlo da mesma situação; (3) os processos de *coping* implicam uma avaliação como um fenómeno percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do sujeito. (4) o *coping* implica uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para gerir a situação de *stress*, podendo resultar em redução, minimização ou tolerância das exigências que essa situação de *stress* implica.

O modelo conceptual de *coping* de Folkman e Lazarus pode ser visto na figura 2.

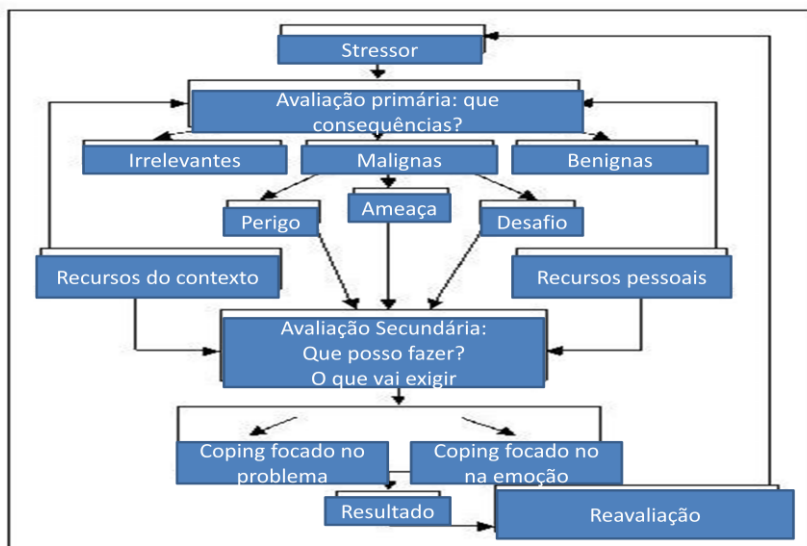


Figura 2. Modelo de processamento de *stress* e *coping* de Lazarus e Folkman

Fonte: Antoniazzi, A.S., Dell'Aglio, D.D. & Bandeira, D.R. O conceito de *Coping*: Uma Revisão Teórica. Estudos de Psicologia. (1998), p. 277

Seidel, Tróccoli e Zannon (2001) sintetizam o modelo transaccional de *stress* nas seguintes linhas básicas: (1) enfatiza os resultados adaptativos e não os aspectos psicopatológicos de possíveis respostas de *coping*; (2) valoriza as diferenças individuais quer no processo de avaliação quer na utilização das estratégias de *coping*; (3) o *coping* acontece num contexto, numa situação específica e de acordo com as exigências particulares; (4) enfatiza a noção de flexibilidade, minimizando os aspectos disposicionais ou os estilos de *coping*.

Contudo o modelo de Folkman e Lazarus não permite distinguir entre aquilo que seriam as tentativas de *coping*, resultados de *coping*, recursos de *coping* e resultados de *coping*. Com vista a superar estas dificuldades Rudolph e colaboradores (citados em (Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998) defendem que o *coping* deve ser entendido como um episódio no qual se pretendem diferenciar os três aspectos fundamentais: a resposta de *coping*, o objectivo subjacente a essa resposta e um resultado de *coping*, de acordo com a figura 3.

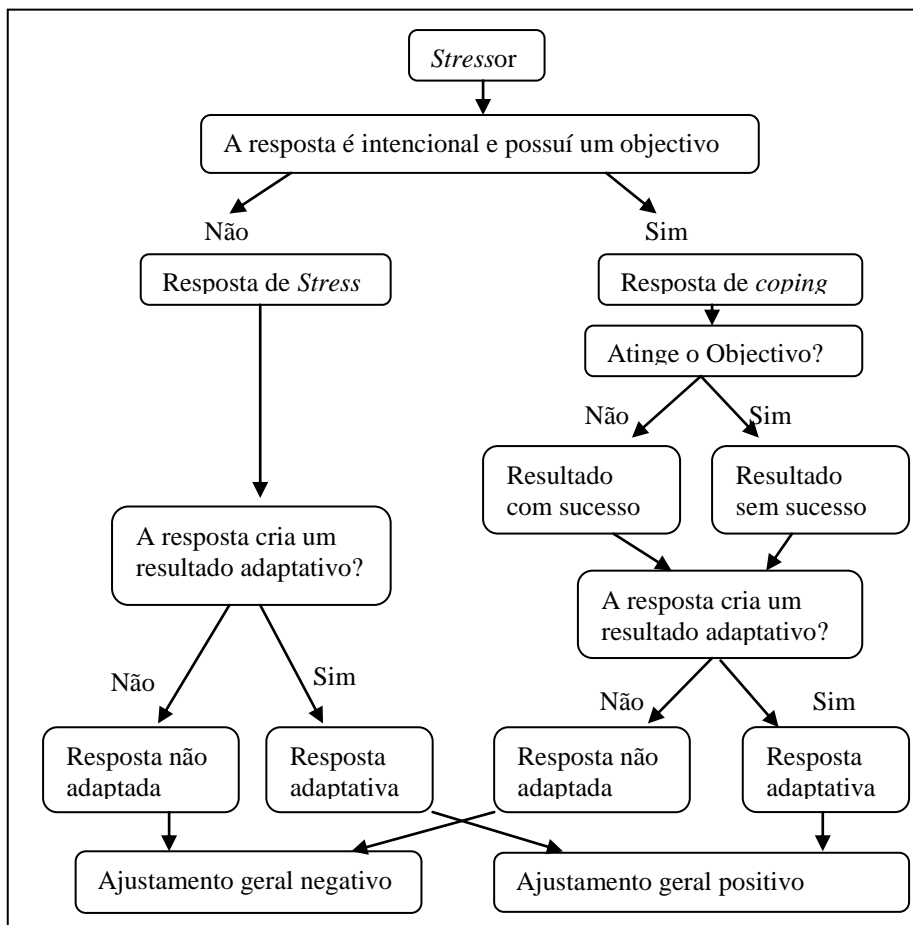


Figura 3. Esquema do modelo de *coping* e *stress* de Rudolph e colaboradores

Fonte: Antoniuzzi, A.S., Dell’Aglío, D.D. & Bandeira, D.R. O conceito de *Coping*: Uma Revisão Teórica. Estudos de Psicologia. (1998), p. 278

Segundo a concepção de Rudolph e colaboradores (citados em Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998) a resposta de *coping* deve ser diferenciada da resposta de *stress* que não é intencional e sem objectivos. A resposta de *coping* é intencional, física, mental, iniciada como resposta a um *stressor* percebido e dirigida para uma circunstância interna ou externa. Por outro lado, a resposta de *stress* é uma resposta emocional ou comportamental espontânea e o objectivo de *coping* constitui-se como uma resposta de *coping* orientada para a redução de

stress. Porém o episódio de *coping* sofre influência de variáveis moderadoras e mediadoras. Quanto às variáveis moderadoras, estas afectam a direcção ou a intensidade o resultado de *coping* (variáveis sócio demográficas e ecológicas, experiência prévia, personalidade, saúde física, moral, crenças ideológicas, inteligência, criatividade, relacionamento conjugal, características familiares, recursos funcionais ou práticos e financeiros); e mediadoras na medida em que outras variáveis podem influenciar ou não o resultado de *coping* (avaliação cognitiva, atenção, memória...) (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

Segundo Moos e Shaefer (citado em Teles-Correia *et al.*, 2008) o sistema ambiental com os seus factores ambientais e o sistema pessoal com os recursos pessoais, associados com os acontecimentos de vida, e por estes entendidos como, factores situacionais, nomeadamente em estados de transição, determinam a percepção e activação de estratégias de *coping*. Este modo dialéctico de actuar do sujeito pode influenciar o seu estado de saúde pela positiva ou pela negativa (Teles-Correia *et al.*, 2008). Esta disposição pode ser verificada de um modo esquemático na figura 4.

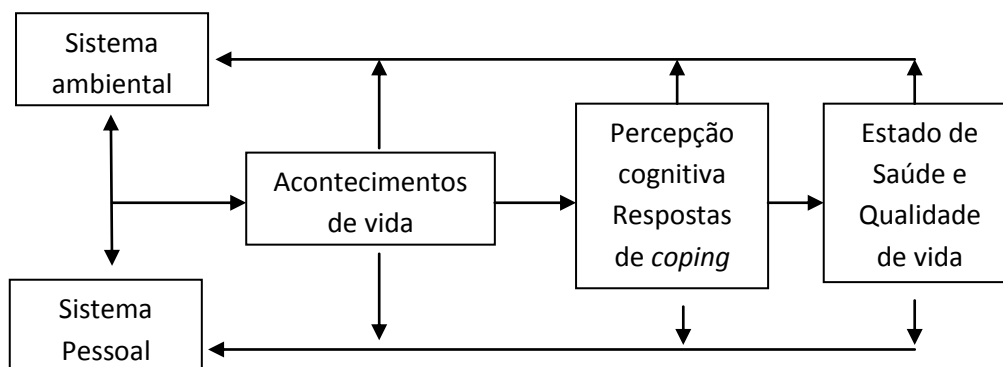


Figura 4. Modelo teórico de *coping* de Moos e Schaefer

Fonte: Teles-Correia, D., Mega, I., Barbosa, A., Barroso, E. & Monteiro, E. *Coping nos Doentes Transplantados*. Acta Médica Portuguesa. 2008, p.143

Este modelo de *coping* é ainda mais radicalmente contextualista, do que o modelo de Folkman e Lazarus ao focar-se nos recursos pessoais e ecológicos. Estes podem facilitar ou obstruir a resposta de *coping* resultante de estratégias de *coping*, intimamente associadas, quer às vulnerabilidades quer aos recursos existentes no sujeito e no meio. O *stress* e a vulnerabilidade podem ser um ciclo vicioso que impede uma resposta efectiva de *coping* aumentando as vulnerabilidades (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

Por outro lado o modelo de auto-regulação *coping* de Leventhal (citado em Teles-Correia *et al.*, 2008) é essencialmente um modelo cognitivista. Este modelo cognitivista preconiza que as cognições de doença estão relacionadas com vários factores de saúde, onde os mecanismos de *coping* se fazem presentes. Segundo este modelo a pessoa é confrontada com alterações em si por meio de duas vias: a percepção dos sinais e sintomas e a recepção de mensagens sociais. Como resposta a pessoa responde de duas formas: representação cognitiva do sucesso, representação emocional que pode resultar em medo, ansiedade ou depressão, como podemos ver na figura 5.

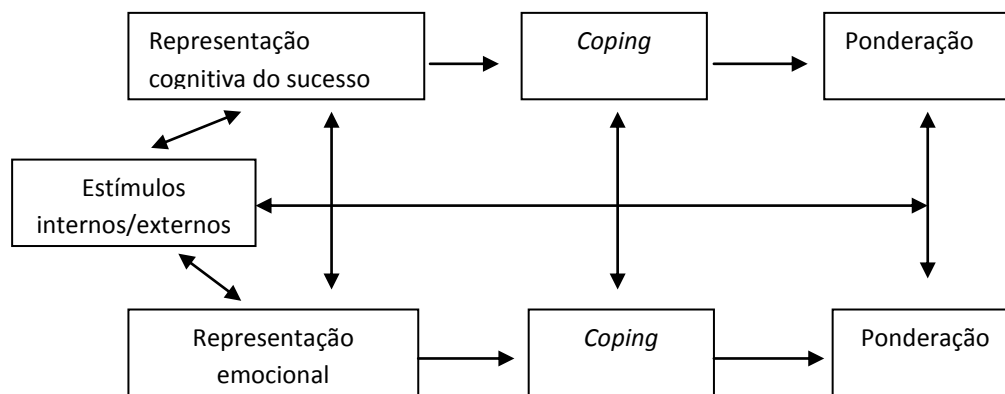


Figura 5. Modelo teórico de *coping* de Leventhal

Fonte: Teles-Correia, D., Mega, I., Barbosa, A., Barroso, E. & Monteiro, E. *Coping nos Doentes Transplantados*. Acta Médica Portuguesa. 2008, p.145

Segundo este modelo, o *coping* pode seguir dois movimentos perante o acontecimento: de aproximação ou de evitamento. A fase de ponderação envolve a avaliação que a pessoa faz, seleccionando a estratégia de *coping* que lhe parece adequada. O modelo designa-se de auto-regulação dado que se estabelecem nos seus processos inter-relações avaliativas e selectivas, atribuindo às cognições um papel de maior relevo do que aos factores contextuais e as mudanças vitais ou normativas (Teles-Correia *et al.*, 2008).

Também Vaz Serra em 1992 (citado em Martins, 2004) desenvolveu um modelo de *stress/coping* e um instrumento de medida de *coping*, o Inventário de Resolução de Problemas. Segundo Vaz Serra o *stress* verifica-se perante situações externas, tais com eventos importantes, eventos perturbadores, e internas, tais como pensamentos, imagens ou sensações internas, que promovem a experiência de tensão e desencadeando *stress*. Este modelo segue de perto o modelo situacionista. Sublinham-se dois aspectos inovadores deste modelo: a tripla resposta de *stress* que pode acontecer ou seja biológica, cognitiva e de comportamento observável; e a componente emocional como fundamental para a inibição da

acção ou potenciadora da acção dependendo da situação. Quanto à resposta de *coping* em tudo se assemelha ao modelo de Folkman e Lazarus (Martins, 2004).

Mikulincer e Florian (1996) tomando o como modelo de base o modelo de Folkman e de Lazarus propõem quatro categorias de estratégias de *coping*. A primeira categoria é por eles denominada de estratégias de *coping* Focadas no Problema. Estas dizem respeito a uma variada gama de acções cognitivas e comportamentais que visam provocar mudanças no ambiente de modo a eliminar as fontes externas de *stress*. Este tipo de estratégias de *coping* são muito benéficas ao processo de adaptação dos sujeitos, contudo quando as situações são incontroláveis ou percebidas como tal, este tipo de estratégias apresenta limitações em termos de eficácia no controlo dos efeitos nefastos do *stressor*.

A segunda categoria de estratégias de *coping* é chamada de Reavaliação. Esta envolve o uso da atenção selectiva para extrair informação positiva do *stressor* e em parte negar a força dos aspectos negativos desse *stressor*. A terceira categoria de estratégias de *coping* é apelidada de Reorganização. Esta implica um conjunto de passos intra-psíquicos de modo que através da aceitação, através do trabalho de pensamento com base na experiência de vida e através da reorganização de estruturas internas, que visam uma melhor acomodação à realidade. Isto envolve a procura de objectivos realistas e a adopção de uma visão de si mais apropriada. Como resultado, há um incremento da flexibilidade, um aumento da auto-estima e a tomada de consciência quer das forças quer das fraquezas. (Mikulincer & Florian, 1996).

A quarta categoria de estratégias de *coping* é denominada de Evitamento. Esta engloba uma vasta gama de acções, tais como: evitamentos cognitivos que promovam a não intrusão de pensamentos negativos na consciência; e afastamento da situação temida e fuga à resolução, adoptando comportamentos de adição e de compensação. Inicialmente este modo de *coping* pode ser eficaz para reduzir o *distress*, mas a longo prazo tem efeitos negativos no processo de adaptação dos sujeitos (Mikulincer & Florian, 1996).

O centro de Investigação de Psicologia social da universidade de Toulouse tendo como principais nomes Espasbés, Sordes-Arder e Tap (citados em Tap, Costa & Alves, 2005), seguindo de perto o modelo situacionista, sobretudo enfatizam, que as estratégias de *coping* são multidimensionais. Em 1993 partindo de uma análise crítica das escalas existentes até aquela data, estes autores propuseram uma nova escala, a Escala Toulousiana de *Coping* que articula os campos: comportamental (acção), cognitivo (informação) e afectivo (emoção), com as diferentes estratégias de *coping*, de acordo com o quadro 1

Quadro 1.

Relação entre os campos e as estratégias de *coping*, e as suas 18 dimensões

| Estratégias de <i>coping</i> | Campos | | |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | Acção | Informação | Emoção |
| Focalização | A. Focalização Activa | G. Focalização Cognitiva | M. Focalização emocional |
| Suporte Social | B. Cooperação | H. Suporte social Inform. | N. Suporte Social Emocio. |
| Retraimento | C. Retrai. Social e Comp. | I. Retraimento Mental | O. Adictividade |
| Conversão | D. Conversão Compt. | J. Aceitação | A. Conver. pelos Valores |
| Controle | E. Regulação das | K. Contr. cognit. e Planif. | P. Controle Emocional |
| Recusa | Actividades | L. Denegação | R. Alexitimia |
| | F. Distracção | | |

Fonte: Tap, P., Costa, E.S. & Alves, M.N. Escala Toulousiana de *Coping*: Estudo de Adaptação à população Portuguesa. *Psicologia: Saúde e Doenças*. 2005, p. 49

Segundo Pat e colaboradores (2005) a estratégia de *coping* *Focalização* implica concentrar-se sobre o problema e a forma de o resolver (focalização activa), analisar a situação (focalização cognitiva) ou tornar-se condicionado pelas emoções negativas (focalização emocional). A estratégia *Retraimento* está associada com a ruptura das interacções sociais pelo evitamento e isolamento social (retraimento social e comportamental), uma tentativa para esquecer, uma recusa para pensar no problema, refugiando-se no sonho ou no imaginário (retraimento mental) ou a adopção de comportamentos defensivos de compensação através de medicamentos, comida ou drogas (adictividade). A estratégia *Conversão* implica a mudança do comportamento (mudança comportamental), aceitar o problema qualquer que ele seja (aceitação) ou deixa-lo nas mãos de Deus, adoptando uma filosofia de vida ou uma ideologia religiosa (conversão pelos valores). A estratégia *Controlo* caracteriza-se por resistir ao impulso irreflectido, tomar decisões precipitadas, encontrando tempo para agir após reflectir (regulação das actividades), por traçar planos objectivos ou planos, tratando o problema de uma forma abstracta e lógica (controlo cognitivo e planificação), ou por controlar as emoções de modo que os outros se não apercebam (controlo emocional). A estratégia *Recusa* resulta da incapacidade de perceber e aceitar a realidade da situação, distraíndo-se ou fazendo qualquer coisa mais agradável (distracção), pode querer esquecer, procrastinar o problema (denegação) ou pode ter dificuldades para descrever as suas emoções e sentimentos (alexitimia).

Num estudo posterior de 1996 destes mesmos autores atrás referidos (citado em Tap e *tal.*, 2005), mantendo o mesmo modelo de base, as estratégias de *coping* foram reduzidas a quatro: *Controle*, *Suporte social*, *Retraimento* e *Recusa*, dado que a focalização activa e

cognitiva saturavam na estratégia Controle e a focalização emocional e a *Conversão no Retraimento*, perfazendo um total de 12 dimensões.

2.2.2- Modelos Disposicionistas

A perspectiva disposicional coloca o foco do *coping* nas maneiras ou estilos estáveis de cada pessoa usa para lidar com as situações *stressoras*. Como principais defensores da perspectiva disposicional estão Carver, Endler e Parker (Seidel, Tróccoli & Zannon, 2001). A perspectiva disposicional enfatiza mais as características de personalidade, em detrimento da cognição e comportamentos, para enfrentar o *stressor* (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

Esta perspectiva denomina os esforços para a resolução da situação de *stress* de estilos de *coping*. Segundo Carver e Scheier (citados em Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998) as pessoas desenvolvem formas habituais de lidar com o *stress* e esses hábitos ou estilos de *coping* vão mimificar acções de resolução anteriormente produzidas. Estes autores sublinham que os sujeitos têm a tendência em usar mais alguns tipos de esforços em detrimento de outros, face à situação de *stress*. Os estilos de *coping* não implicam necessariamente a presença de traços de personalidade que impelem a responder maioritariamente de um determinado modo, pelo contrário podem reflectir um modo particular de agir quando são confrontados com uma série de situações específicas e semelhantes.

Em referência à tipologia de estilos de *coping*, diversos autores têm proposto taxonomias diferentes, mas que apesar das taxonomias, apresentam muitas semelhanças e elementos em comum, podendo alguns ser olhados em paralelo (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998). No quadro 2 apresenta-se uma síntese das diferentes tipologias de estilos de *coping*.

Quadro 2.

Tipologias de estilos de *coping*

| Modelos | Tipologias |
|---|--|
| Modelos de personalidade de Matheus | - Tipo A: luta competitiva; um sentido de urgência e impaciência e agressividade e hostilidade; esforçado na resolução das dificuldades; são inversamente relacionados com a empatia; impaciência; menos sensíveis ao bem-estar dos outros; a idade não influi na mutação de tipologia; os homens apresentam maior tipologia A do que as mulheres - Tipo B: o tipo B tende a ser o inverso do tipo A. |
| Vigilância/desatenção: de Miller | - Refere-se ao estilo de atenção devotada ao <i>stressor</i> : sujeitos vigilantes tendem a estar alerta e sensíveis aos aspectos negativos de uma dada situação; procurando informação e tentando controlar o <i>stressor</i> . - O estilo desatento envolve distração e protecção cognitiva às fontes de perigo; afastamento da ameaça; evitamento; procrastinação. |
| Primário/Secundário: de Band e Weisz | - Estilo de <i>coping</i> primário porque a pessoa se envolve em resolver visando objectivos bem definidos. - Estilo de <i>coping</i> secundário envolve a capacidade de adaptação ao <i>stressor</i> em geral |
| Activo/Passivo: de Billings, Moss e Holahan | - Activo na medida que existem esforços de aproximação ao <i>stressor</i> - Passivo na medida que evita o foco de <i>stress</i> |
| Aproximação/Evitamento de Rudolph | - Semelhante ao estilo passivo versus activo: comportamentos de aproximação ao foco de <i>stress</i> ; evitamento da situação de <i>stress</i> . É ainda semelhante ao estilo procura de informação versus evitamento da informação; semelhante ao estilo de focalização da atenção versus distração; e ainda passividade versus actividade. |
| Actividade e sociabilidade: de Altshuler, Ruble; Berg; Compas e colaboradores | - A actividade: pode ser directa ou indirecta. As estratégias directas são dirigidas ao <i>stressor</i> , enquanto as indirectas procuram evitar ou remediar os efeitos nefastos do <i>stressor</i> . - A sociabilidade: pode ser pro-social ou anti-social: quanto ao pro-social a pessoa pede ajuda a outros; no anti-social existe uma atitude de defesa e agressividade contra os outros. |
| Repressão vs. Sensibilização: modelo de Byrne | A Repressão refere-se à tendência para reagir perante as situações ameaçadoras através do uso de estratégias de evitamento, incluído a repressão, a negação e a racionalização A Sensibilização refere-se à propensão de responder como extrema vigilância à situação <i>stressora</i> . |

Fonte: Adaptado de Bandeira Antoniazzi, A.S., Dell'Aglio, D.D. & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de *Coping*: Uma Revisão Teórica. Estudos de Psicologia. 1998, pp. 280-285

2.3- Instrumentos de Avaliação de *Coping*

A grande diversidade de modelos e tipologias de *coping* existentes deu origem também a uma variedade de instrumentos de medida que trabalham taxonomias diferentes. Contudo Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) defendem que todos andam em volta do mesmo significado, ainda que abordados de modo diverso. No quadro 3 encontra-se um conjunto diversificado de instrumentos com uma breve descrição.

Quadro 3.

Instrumentos de avaliação específica de *coping*

| Instrumento | Descrição |
|--|--|
| <i>Ways of Coping Questionnaire (WQC)</i> de Lazarus e Folkman, 1980 | <ul style="list-style-type: none"> - Auto-administrado consistindo em 50 itens. - As respostas são medidas numa escala de Likert (0-3, sendo o 0 correspondente a nunca usei, até ao 3 -usei muitas vezes). -As respostas dadas têm como referência um acontecimento <i>stressante</i> real, que serve como foco, experimentado pelo indivíduo - O acontecimento focado pode ser definido pelo investigador quando se pretende estudar uma questão específica. - Um instrumento de investigação acerca dos componentes e dos determinantes do modo como os indivíduos lidam e reagem aos acontecimentos - Foi concebido para identificar pensamentos e acções a que os indivíduos recorriam para lidar com acontecimentos <i>stressantes</i> (Teles-Correia, Mega, Barbosa, Barroso & Monteiro, 2008). |
| <i>COPE Scale</i> De Carver, Scheier e Weintraub 1989 | <ul style="list-style-type: none"> - 13 Escalas de quatro itens cada, perfazendo um total de 52 itens: Cinco escalas medem aspectos conceptuais diferentes do <i>coping</i> focado no problema (<i>coping</i> activo, planeamento, supressão de actividades competitivas, procura de suporte social instrumental); cinco escalas medem aspectos do que pode ser percebido como <i>coping</i> focado na emoção (procura de suporte emocional, reinterpretação positiva, aceitação, negação, religião); e três escalas medem respostas que eventualmente são menos utilizadas (focar e expressar emoções, desinvestimento emocional, desinvestimento comportamental). - Um inventário multidimensional de <i>coping</i>, construído utilizando procedimentos racionais (Teles-Correia <i>e tal.</i>, 2008). |
| <i>BRIEF COPE Scale</i> , de Craver e colaboradores, 1997 | <ul style="list-style-type: none"> - 14 Escalas de dois itens cada, perfazendo um total de 28 itens - Pontua entre 1-4 – frequência com que usam cada uma das estratégias apontadas, (1- não tenho feito isto de todo; 2- tenho feito isto um pouco; 3- tenho feito isto regularmente; 4- tenho feito isto bastante) - uma versão abreviada do COPE; - Reformulação dos itens do COPE; - Nova dimensão de auto-culpabilização (Teles-Correia <i>e tal.</i>, 2008). |
| <i>Jalowiec Coping Scale (JCS-40)</i> de Jalowiec, 1991 | <ul style="list-style-type: none"> - 40 itens. Os itens são divididos por oito sub-escalas (confrontação, evasivo, optimista, fatalista, emotivo, paliativo, suporte, auto-confiança), sendo a medição das mesmas, feita através de uma escala ordinal de 1-4, consoante o grau de uso e frequência de cada resposta (1- nunca; 2- às vezes; 3- regularmente; 4- quase sempre); - Dos 40 itens, 15 são relativos ao <i>coping</i> focado no problema, e 25 dizem respeito ao focado na emoção. - Mede o uso e a eficácia de cada estilo de <i>coping</i>. - Os itens são escolhidos a partir da revisão de literatura - Tem por base o modelo teórico preconizado por Lazarus e Folkman (Teles-Correia <i>e tal.</i>, 2008). |
| Multidimensional Coping Inventory (MCI) | - Ver: <i>Coping Inventory for Stressful Situations</i> |
| Coping Strategy Indicator (CSI) de Amirkhan, 1990) | <ul style="list-style-type: none"> - Instrumento construído de acordo com a perspectiva situacionista; - Três factores: Solução do problema; Procura de suporte social; Evitamento. - A consistência interna da estrutura factorial superior a 0.77 (versão americana) - É composto por 33 itens em três pontos de resposta: 3(muito); 2(um pouco); 1 (nada). Cada subescala é composta por 11 itens, sendo que pontuação pode variar entre 0 e 33. Valores elevados são indicadores de uso elevado de estratégias de <i>coping</i>. - O período de tempo a que se refere o teste remonta aos últimos seis meses. (Desmond, Shevlin & MacLachlan, 2006). |
| Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) de Edler e Parker - 1990 | <ul style="list-style-type: none"> - 48 itens de auto-resposta disponível em duas versões: adultos e adolescentes dos 13 aos 18 anos - A versão de adultos é a sexta revisão do MCI - Trata-se de uma medida multidimensional de estilos/traços <i>coping</i> visando a compreensão entre traços de personalidade e estilos de <i>coping</i>; - Tempo de administração: 10 minutos; Tipo Likert: de 1 (“nada”) a 5 (“Muitíssimo”); |

| | |
|--|---|
| | <p>Cotada pelo administrador;</p> <p>- Três subescalas: <i>Coping</i> Orientado para a Tarefa (itens: 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, e 47); <i>Coping</i> Orientado para a emoção (itens 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, e 45); <i>Coping</i> Orientado para o Evitamento (esta subescala é dividida ainda em outras duas sub escalas: Distracção e Distracção social itens 3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37,40, 44, e 48;)</p> <p>- Consistência interna varia entre 0,90 a 0,74 (Rey, Ortega, Alonso, & Diaz-Rubio, 2009)</p> |
| <p>Constructive Thinkings Inventory (CTI-S) desenvolvida por Epstein (1990)</p> | <p>- Questionário de auto-resposta que assenta na Teoria Cognitiva experimental sendo também uma medida de inteligência experimental;</p> <p>- É composto por seis subescalas: <i>coping</i> emocional; <i>coping</i> comportamental; pensamento supersticioso pessoal; pensamento categórico; pensamento esotérico; optimismo ingénuo. Apresenta ainda duas escalas: Escala de defesa e Escala de validade (quando o T-score na escala de defesa for superior a 70 ou inferior a 30 na escala de validade o teste é invalidado) (Rey, Ortega, Alonso, & Diaz-Rubio, 2009)</p> |
| <p>Escala Toulousiana de Coping de Esparbés, Sordes-Arder e Pat (1993)</p> | <p>- Questionário que tem por base um modelo multidimensional de <i>coping</i>: as estratégias de <i>coping</i> (focalização; suporte social; retraimento; conversão; controlo; recusa) cruzam-se com campos (Acção, Informação; Emoção), do qual resultam 18 dimensões</p> <p>- Questionário de auto-resposta de 51 itens (versão portuguesa); tipo Likert em cinco pontos de resposta.</p> <p>- Cinco subescalas: Controlo(13 itens); Retraimento, Conversão e Adictividade (13 itens); Distracção social (10 itens); Suporte social (7 itens); Recusa (8 itens) (Pat <i>et al.</i>, 2005)</p> |

2.4- Coping em Idosos/Viúvos

De acordo com o estudo de Janke, Nimrod e Kleiber, (2008) os viúvos após a morte do cônjuge experimentam mudanças no seu reportório de lazer e na frequência com que o fazem. Estas mudanças nos padrões de lazer estão associadas com a incapacidade funcional, com os sintomas depressivos, com a satisfação com a vida, bem como na capacidade de lidar (*coping*) com a perda do conjugue. Com a excepção de falar com os amigos e familiares, a participação em actividades de lazer estava associada ao comprometimento durante a transição para a viuvez. Os sujeitos que, faziam passeios, jardinagem e desporto estava associado com menor comprometimento funcional. O aumento dos contactos familiares e a participação em actividades religiosas foi negativamente associado com o comprometimento funcional. Para o inverso também é verdade. Viúvas que relatam menor frequência em andar a pé relatam maiores níveis de doença crónica do que aquelas que mantiveram ou aumentaram as suas caminhadas. As actividades de jardinagem estão associadas à satisfação com a vida. Aquelas que deixaram estas actividades revelam menor satisfação com a vida. As viúvas que mantiveram a sua frequência em actividades religiosas, após enviudar, estas estão associadas

com a satisfação com a vida. Porém para aquelas que diminuíram ou aumentaram a sua frequência religiosa, diminuiu essa associação. As viúvas que mantiveram ou aumentaram contacto social e familiar, participam em associações, andam a pé, fazem jardinagem ou desporto, relatam menores sintomas depressivos. Contudo aquelas que apenas se restringiram a actividades específicas e de modo único foram associadas com sintomas depressivos. Aquelas que diminuíram a sua frequência a sua associação ainda foi mais elevada que as anteriores. Foi encontrada uma associação entre a manutenção e o incremento das actividades, o *coping* e a atribuição de significado à perda.

De acordo Bennett, Hughes & Smith (2005b) os idosos viúvos homens que relatam sentir-se tristes e solitários são capazes de executar *coping* mais eficientemente que as mulheres que relatam estar tristes e solitárias. Contudo as mulheres que relatam estarem confortáveis sozinhas fazem-no mais eficientemente que os homens. Os viúvos que falam mentalmente com o seu consorte morto são mais susceptíveis de activar o *coping*, do que aqueles que o não fazem, enquanto aqueles viúvos que são reservados e guardam tudo para si, activam menos processos de *coping*. De acordo com estes mesmos autores os viúvos globalmente não estão conscientes do *coping* que fazem.

Burgos, Neri, e Cupertino (2008) num estudo com adultos dos 60 a aos 89 anos verificaram que 32% apresentavam sintomatologia para depressão. O maior risco de depressão estava associado com: o *coping* expresso através de emoções negativas, o perceber os acontecimentos como incontroláveis, ter entre 60 e 69 anos de idade e avaliar a auto-eficácia como inadequada. Os acontecimentos *stressantes* foram menos predictores de depressão do que a avaliação cognitiva e o *coping*. De acordo com estes autores as mulheres tendem a avaliar os acontecimentos de vida como mais *stressantes* que os homens independentemente da idade

De acordo com o estudo de Kennett, Smith, e Hughes (2005a) os sintomas depressivos estão associados à ausência de *coping* em idosos viúvos. Contudo este estudo não fez uso de uma medida de *coping*, a ausência ou a presença de *coping* foi avaliada por acordo inter-avaliadores.

Caserta e Lund (2007), validando um instrumento de avaliação de *coping* para viúvos, propõem um modelo específico de *coping* no luto: Modelo Dual do Processo de *Coping* com o Luto de Stroebe e Schut de 1999, segundo o qual os viúvos oscilam no processo de adaptação entre: a *perda de orientação* e a *restauração da orientação*, ainda que existam mais acções dirigidas para a *restauração de orientação*, nomeadamente nos enlutados há mais tempo. A subescala restauração orientação está relacionada com actividades de auto-cuidados,

aptidões de vida diária elevadas e o crescimento pessoal. Em ambas as subescalas foi encontrada uma associação com a dor, a depressão, a solidão, o *coping* auto-eficaz e habilidades de *coping* percebidas. Os sujeitos que se focalizavam mais na *Perda de Orientação* , apresentavam mais sintomas de depressão, solidão e experiência de sentimentos de pesar. Por outro lado os sujeitos que apresentavam maior *Restauração da Orientação* também apresentavam elevados auto cuidados, aptidões de vida diária e crescimento pessoal. As propriedades da escala parecem dar suporte ao modelo teórico que está na sua base, ainda que os dados não corroborem os sentidos que para os mesmos seria de esperar ao longo do tempo: a diminuição da *Perda da orientação* e o incremento da *Restauração da Orientação* .

De acordo com Field e Friedrichs (2004) as viúvas com menos de dois anos de viuvez, relatando maior *distress* e apresentavam maior intrusão de pensamento que as viúvas com mais de dois anos, porém o mesmo não foi confirmado para o evitamento e para a depressão. A forte ligação emocional ao falecido está positivamente correlacionada com a intrusão do pensamento, mas não com o evitamento e a depressão. Por outro lado foram encontradas correlações moderadas entre a depressão com o afecto positivo e negativo, e com o evitamento. Estes autores chegaram à conclusão que a ligação emocional ao falecido é mais eficaz e benéfica na regulação de humor nas viúvas com mais tempo de viuvez, sendo uma forma de *coping* menos benéfico para as viúvas recentes.

De acordo com Moraitou, Kolovou, Papasozomenou e Paschoula (2006) nos idosos a esperança enquanto padrão de pensamento é predictor de todos os factores de adaptação, enquanto a agência de pensamento é apenas predictor da adaptação geral/auto-eficácia e auto-controlo. Altos níveis de esperança percebida produz estratégias e padrões de *coping* , guiadas pelos objectivos e expectativas dos sujeitos, emocionalmente positivos, controlados e eficazes. Estes autores constataram ainda a existência de correlações fracas entre os padrões de pensamento e a agência de pensamento com a generatividade, parece indicar que a esperança está mais envolvida no desenvolvimento de objectivos de valorização pessoal, do que com a idade concreta dos sujeitos, ou de com o género, dado que para estas últimas variáveis foram encontradas correlações, mas fracas. Também verificaram, que os sujeitos com maior escolaridade apresentavam um menor uso de estratégias de *coping* , o que parece sugerir que as pessoas com maior formação possuem uma maior rigidez na percepção de si, contudo, o mesmo não foi comprovado para o pensamento esperançoso. Ainda, os idosos que viviam sem companheiro apresentam menos pensamento esperançoso e menor capacidade de *coping* ; os idosos que vivem em meio rural apresentam mais esperança e *coping* ; Os idosos

que não apresentam problemas de saúde apresentam maior esperança e *coping* do que aqueles que apresentam problemas de saúde.

Lucas, Clark, Georggellis e Diener (2003) num estudo sobre as transições maritais revelam que os viúvos apresentam menor satisfação com a vida, o que sugere maiores dificuldades de adaptação. Em média só após oito anos da morte do cônjuge os viúvos retomam o seu nível anterior de satisfação, contudo outros só conseguem fazer uma adaptação parcial e outros não conseguem mesmo adaptar-se à nova situação de vida. Contrariamente, a maioria de indivíduos que voltam a casar retomam o seu nível de adaptação anterior.

Alguns idosos face às situações de vida fazem *coping* desadequado através do consumo de álcool, mormente mais os homens, nomeadamente quando anteriormente já existe um consumo excessivo, por outro lado as mulheres idosas recorrem mais ao abuso de psicofármacos. Particularmente nas mulheres o consumo de álcool está associado à viuvez e com comorbilidade depressiva, sendo este consumo mais recente que nos homens (Gomberg, 1995). O mesmo abuso de benzodiazepinas foi constatado por viúvos num estudo com 1500 holandeses (Hulten, Teeuw, Bakker, & Leufkens, 2000), assim como um com um maior consumo de nicotina (Lugoboni, Quaglio, Pajusco, Mezzelani & Lechi, 2007)

Face a acontecimentos de vida traumáticos, juntamente com a perda de sentido de controlo, podem gerar estados depressivos que podem levar a *coping* com compras impulsivas e compulsivas. Contudo a compra impulsiva parece ser um comportamento racional benéfico, enquanto a compra compulsiva não. Os dados parecem sugerir que o acto de comprar compulsivamente ocorre para reduzir os sintomas depressivos associados a acontecimentos *stressantes* (Sneath, Lacey & Kennett-Hensel, 2009).

O *coping* de expressão de emoções negativas em viúvos parece não ajudar a recuperar do trauma. Os sujeitos que se distanciam das emoções negativas experienciam melhor resiliência e menor sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiogénica e menores queixas de saúde a curto prazo. Aqueles que fazem este tipo de *coping* possuem uma melhor regulação emocional ao longo do tempo, o que sugere que o distanciamento das emoções negativas pode servir como amortecedor do *distress* agudo (Coifman, Bonanno, Ray & Gross, 2007).

Bonnano, Wortman, Lenman, Tweed, Haring, Sonnega, Car, & Nesse, (2002) descortinaram que o sucesso do *coping* nos processos de adaptação e ajustamento face à perda por parte dos viúvos é determinado pela visão que o viúvo tem do mundo, e que a grande maioria dos viúvos não necessita de apoio terapêutico para os ajudar nos processos de ajustamento. Bonnano, Wortman e Nesse (2004) revelam que parecem existir muitas

assunções sobre os estados depressivos face à perda, dado que tanto os sujeitos designados de resilientes ou os designados de depressivos apresentam baixos níveis de depressão, conseguido a maioria dos idosos fazer *coping* adequado a perda.

3- Sintomatologia Depressiva

3.1- Sintomatologia Depressiva *in Géneris*

A designação sintomatologia trata-se de um termo usado para designar um conjunto de sintomas e sinais que permitem classificar um determinado ser/estado, de maior ou menor preocupação clínica, dependendo do carácter insidioso como esses sintomas se manifestam, da disfuncionalidade que estes provocam na vida do sujeito e do tempo ou duração em que eles se fazem presente (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997). Contudo a presença de sintomatologia depressiva por si só, não é o bastante para poder definir a presença de um quadro clínico específico, dado que a sintomatologia depressiva está por vezes associada a outros quadros clínicos que não sejam as perturbações de humor, como por exemplo as perturbações de adaptação (DSM-IV-TR, 2002).

O vocábulo sintoma provém do grego *συντομα* que significa *ocorrência*; Em medicina é utilizado para designar *manifestação* ou *queixa* de um paciente e através dessa queixa chegar a indicações acerca do diagnóstico e de uma doença; (Dicionário Porto Editora, 2010).

Em psicopatologia o conceito designa a interpretação subjectiva que o sujeito ou outrem relatam relativamente a um ser/estado de sofrimento ou mal-estar (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997). Um outro conceito a tomar em conta em psicopatologia é o de sinal. Este diz respeito a medidas que podem ser utilizadas para quantificar esse sofrimento ou mal-estar que nos permitam obter sinais da doença (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

No quadro 4 podemos encontrar descritos um conjunto variados de sintomas que poderão ser classificados como sintomas depressivos.

Quadro 4

Sintomatologia depressiva nos guias de diagnósticos DSM-IV-TR e CID-10

| | Comportamentais | Cognitivos | Emocionais | Indiferenciados/ Sinais |
|----------|--------------------------|------------------------------------|-------------------|----------------------------|
| S | - Choro (DSM-IV-TR); | - Sentimentos de desvalorização | - Humor | - Aumento de |
| I | - Diminuição do | ou culpa excessiva ou inapropriada | depressivo | peso / |
| N | interesse (DSM-IV-TR; | (DSM-IV-TR; CID-10); | (tristeza, vazio) | diminuição de |
| T | CID-10); | - Pensamentos acerca da morte | (DSM-IV-TR; | peso (DSM-IV- |
| O | - Diminuição do prazer | (DSM-IV-TR); | CID-10); | TR; CID-10); |
| M | (DSM-IV-TR; CID-10); | - Ideação suicida (DSM-IV-TR; | - Humor Irritável | - Aumento ou |
| A | - Agitação ou | CID-10);- Planeamento suicida | (DSM-IV-TR; | diminuição do |
| S | lentificação psicomotora | (DSM-IV-TR); | CID-10); | apetite (CID- |
| | (DSM-IV-TR; CID-10); | - Fadiga ou perda de energia | - Abaixamento do | 10); |
| | - Diminuição de | (DSM-IV-TR; CID-10); | Humor (CID-10) | |
| | pensamento ou de | - Baixa auto-estima (DSM-IV-TR; | | |
| | concentração ou | CID-10); | | |
| | indecisão (DSM-IV-TR; | - Falta de esperança (DSM-IV-TR; | | |
| | CID-10); | CID-10); | | |
| | - Tentativa de suicídio | - Perda da Libido (CID-10) | | |
| | (DSM-IV-TR); | - Diminuição da auto confiança | | |
| | - Insónia ou Hipersónia | (CID-10); | | |
| | (DSM-IV-TR; CID-10); | - Ideias de Indignidade (CID-10) | | |

Adaptado de: American Psychiatric Association – APA. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV. 2002; e Organização Mundial de Saúde - OMS. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – CID-10*. 2007

Além dos sintomas descritos nos sistemas de diagnóstico é possível encontrar também os sintomas depressivos elencados num conjunto de instrumentos de avaliação destinados a avaliar os mesmos sintomas depressivos. No quadro 5 encontram-se sintetizados os sintomas elencados em alguns dos instrumentos de avaliação.

Muitas vezes o termo *depressão* aparece no relato dos sujeitos ou em alguma literatura menos exacta, para designar um sintoma como sinónimo de tristeza ou á tristeza relacionada com um acontecimento (Barretto, 1984). Hoje é plenamente aceite que o termo é mais correctamente utilizado quando se refere ao um conjunto de sintomas ou síndrome (Barretto, 1984). Porém a sua categorização diagnóstica ainda não é de todo cordata. Kielholz (citado em Barretto, 1984) foi dos primeiros a conceptualizar diferentes quadros clínicos dentro da síndrome depressão: depressões psicogénicas (reactivas, de esgotamento e neuróticas); depressões endógenas (bipolares, unipolares precoces e unipolares tardias); e depressões somatogéneas (orgânicas e sintomáticas). Kendell e Post (citado em Barretto, 1984) supõem que existe um contínuo entre dois extremos, onde as depressões endógenas estariam num pólo, as reactivas em outro pólo e as restantes ao longo desse contínuo. Outros referem que é possível destringir as tipologias de depressão quanto à sua origem e à sua evolução, rejeitando a posição dualista de Kendell e Post (Barretto, 1984).

Quadro 5

Sintomas depressivos avaliados em alguns instrumentos de avaliação

Sintomas descritos nos Instrumentos de Avaliação

- Center Epidemiological Survey- Depression – CES-D;
- Geriatric Depression Survey – GDS;
- Hamilton Rating Scale of Depression – HRSD;
- Yung Depression Scale – YDS
- Beck Depression Inventory – BDI
- Mood Disorder Questionnaire - MDQ
- Beck hopeless Scale – BHS

Nota: Alguns sintomas têm ao mesmo tempo componentes cognitivas e comportamentais. Estes foram assim categorizados em função da maior prevalência de um aspecto em detrimento de outro.

| Comportamentais | Cognitivos | Emocionais |
|---|---|---|
| S - Abandono de interesses e I actividades (GDS); (CES-D); N (HRSD); (BDI); T - Isolamento (GDS); (CES-D); O (HRSD) M - Dificuldades em iniciar A projectos (GDS); S - Falta de energia (HRSD) Hipo-actividade (GDS); (CES-D); (HRSD); (BDI); - Hiperactividade (HRSD); (YDS); (MDQ); - Choro (GDS); (CES-D); (HRSD); (YDS); (BDI); - Hostilidade/irritabilidade (GDS); (YDS); (BDI); (MDQ); - Dificuldades de concentração (GDS); (CES- D); - Hipersónia (GDS); (MDQ); - Insónia (CES-D); (HRSD); (YDS); - Evitamento social (GDS); - Falta de apetite (CES-D); (YDS); (BDI); - Tentativa de suicídio (HRSD); - Ansiedade somática (HRSD); - Perda de peso (HRSD); (YDS); - Palpitações (YDS); - Desinteresse sexual (BDI); - Pouco falador (MDQ); | - Satisfação com a vida (GDS); - Pessimismo face ao futuro (GDS); (CES-D); (HRSD) - Ruminações (GDS); (HRSD) - Sentimentos de insegurança (GDS); (MDQ); - Inquietude (GDS); - Preocupações com o futuro (GDS); (CES-D); (YDS); (BDI); (BHS); - Pensamentos de morte (GDS); (YDS); - Desânimo (GDS); (BDI); (BHS); - Preocupações com o passado (GDS); - Indecisões (GDS); (YDS); (BDI); - Desesperança (GDS); (BHS); - Baixa auto estima (GDS); (BDI); - Confusão de ideias (GDS); - Aborrecimento (CES-D); - Incapacidade para se libertar da tristeza (CES- D); - Sentimentos de incompetência (CES-D); (YDS); (BDI); (BHS); - Sentimentos de fracasso face à vida (CES-D); (YDS); (BDI); - Sentimentos de solidão (CES-D); - Sentimentos de falta de suporte (CES-D); - Percepção de sentimentos de antipatia (CES-D); - Desmotivação (HRSD); - Pensamentos de conteúdo depressivo (HRSD); - Sentimentos de Culpa (HRSD); (BDI); - Ideação suicida (HRSD); (BDI); - Sentimentos de estranheza (YDS); - Sentimentos de Cansaço (YDS); (BDI); - Vazio de ideias (YDS); - Sentimentos que está a ser punido (BDI); - Sentimentos de vergonha (BDI); - Preocupações acerca da saúde (BDI); | - Vazio (Geriatric Depression Survey – GDS); - Tédio (GDS); - Mau humor (GDS); - Infeliz (GDS); - Tristeza (GDS); (CES-D); (HRSD); (YDS); (BDI); - Deprimido (GDS); (CES-D); - Raiva (GDS); - Medo (GDS); (CES-D) (HRSD) - Ausência de Prazer (CES-D); (HRSD); (YDS); (BDI); - Melancolia (HRSD) - Apatia (HRSD) - Diferenças de humor ao longo do dia (YDS); |

Adaptado de: Gracia, J.B., Portilla, M.P.G., Fernández, M.T.B., Martínez, P.A.S. & García, M.B. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatria Clínica. 2002

O DSM-IV-TR (APA, 2002) ao estabelecer critérios de diagnóstico para as perturbações de Humor distingue vários quadros clínicos depressivos: Perturbação Bipolar

tipo I (episódio depressivo e episódio maníaco ou misto), Perturbação Bipolar tipo II (episódio depressivo e episódio hipomaniaco), Perturbação Depressiva Major (só com um episódio depressivo ou vários), Perturbação Distímica (esta como sinónimo de depressão neurótica, onde os sintomas depressivos se mantêm por mais de dois anos, com menor sintomatologia, e sem episódio depressivo major e maníaco), Perturbação Ciclotímica (flutuação, por mais de dois anos entre, sintomas depressivos e hipomaniacos, mas sem episódios maníacos e depressivos major), Perturbação Bipolar sem outra Especificação (Alteração rápida (alguns dias) entre a mania e a depressão), Perturbações do Humor Secundária (Física, induzida por abuso de substâncias) e Perturbação de Humor sem outra Especificação.

O DSM-IV-TR (APA, 2002) comparativamente com a Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10), o CID-10 (OMS, 2007) enfatiza mais a existência de sintomas psicóticos, dentro do quadro de humor, quando estes são congruentes com o humor.

De acrescentar ainda a sintomatologia depressiva está presente em muitos sujeitos com lesões cerebrais, nomeadamente as de carácter cerebrovascular (Barreto, 1984), doença de Parkinson e epilepsia (Junior & Carvalho, 2001). Além destes tipos de patologias fisiológicas parece que a prevalência de sintomas depressivos está associada com condições médicas gerais, onde poucos recebem acompanhamento e tratamento adequado (Junior & Carvalho, 2001). A presença de sintomatologia depressiva e psiquiátrica em geral parece dificultar o restabelecimento físico e está associada a maior risco de complicações: em cirurgia e no pós-operatório, na artrite reumatóide, na diabetes, no enfarto do miocárdio.... Os estudos variam entre 18% e 80% quanto à presença de sintomatologia depressiva em condições médicas em geral (Junior & Carvalho, 2001).

O envelhecimento normal ainda que possa apresentar lentificação de processos, normalmente não representa de perda de funções cognitivas. Ainda que exista a probabilidade de que com o avanço idade a prevalência de doenças aumentar, envelhecer não é sinónimo de adoecer (Stela, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

A maioria das doenças mentais inicia-se durante a primeira metade da vida adulta. Os quadros clínicos psiquiátricos tardios então na maioria dos casos associados a alterações neurológicas, a maioria delas crónica como o Alzheimer e o Parkinson. Relativamente à depressão nos idosos a sua prevalência não é diferente à população em geral, sendo dupla essa prevalência quando se trata de idosos institucionalizados ou viúvos (Stela *et al.*, 2002).

A etiologia dos sintomas depressivos no idoso pode estar associada a factores de ordem genética, acontecimentos de vida, tais como o luto e o abandono familiar, doenças

incapacitantes ou crônicas, entre outros (Stela *et tal.*, 2002). Segundo Pacheco (citado em Stela *et tal.* 2002) também se encontra associada à perda de qualidade de vida, à frustração perante expectativas de vida, ao historial de perdas significativas e perdas de funcionalidade pessoal e laboral, e ao isolamento social.

A avaliação de um possível quadro clínico de depressão implica uma anamnese detalhada, quer com o paciente quer com outros significativos, exame clínico geral, exame psiquiátrico, avaliação neurológica, avaliação psicológica, medicação e de meios complementares de diagnóstico (Stela *et tal.*, 2002).

Segundo Stela e colaboradores (2002) existe uma associação entre sintomas depressivos e o comprometimento das funções cognitivas. As queixas de falta de memória são comuns podendo levar à assunção de demência também designada de pseudo-demência depressiva. No sentido de clarificar as relações entre demência e depressão Junior e Neto (citados em Stela *et tal.*, 2002) classificam as suas inter-relações do seguinte modo: Depressão na Demência, quando os sintomas depressivos são parte integrante do processo demencial; Demência com Depressão quando a aparece após um quadro demencial; Depressão com comprometimento cognitivo, quando a depressão evolui para dificuldades cognitivas; e Demência na Depressão, quando o comprometimento cognitivo resulta do processo depressivo.

3.2- Escalas de Avaliação de Sintomatologia Depressiva

A Geriatric Depression Scale trata-se da única escala especificamente destinada a idosos. Contudo por vezes são-lhe aplicadas um conjunto de instrumentos comuns para a população adulta em geral como alguns dos designados nas duas tabelas seguintes, dado que se torna aqui impossível de descrever as cerca de 200 medidas de sintomatologia depressiva de acordo com Dozois e Dobson (2002). No quadro 6 e no quadro 7 podemos encontrar um conjunto de escalas com uma breve descrição das mesmas. Estas escalas destinam-se à avaliação da presença de sintomas depressivos

Quadro 6

Escalas de avaliação de sintomatologia depressiva

| Designação | Itens | Observações |
|--|---|---|
| Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) (Hamilton, 1960) | Versões: de 17 itens, 21 e 24 heteroaplicada | - Avalia a gravidade do quadro depressivo e o perfil sintomatológico; Administrada por um clínico. - O marco temporal é o momento da entrevista excepto para alguns itens. - Para cada item da escala proporciona critérios operativos de pontuação; - Critica: os itens podem ser contaminados pela ansiedade (9 a 11) - Interpretação: proporciona uma pontuação global, em três factores: melancolia, ansiedade e sono. (0-7 sem depressão; 8-12 depressão menos; 13-17 menos que depressão major; 18-29 depressão major; 30-52 mais que depressão major.) outros pontos de corte utilizados (0-7 sem depressão; 8-14 distímia; >14 depressão major) o critério mais utilizado de inclusão >17 - Não existe pontos de corte para os factores. |
| Escala depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) (Montgomery & Asberg, 1979) | 10 itens | - Avalia o perfil sintomatológico e a gravidade da depressão. Administrada por um clínico. - A pontuação de cada item oscila entre 0 e 6 - Não contaminada pela ansiedade como a HDRS - Pontuação: Pontuação global (entre 0 e 60) -Pontos de corte recomendados: 0-6 sem depressão; 7-19 depressão menor; 20-34 depressão moderada; 35-60 depressão grave (outros pontos de corte: 0-12 sem depressão; 13-26 depressão leve; 27-36 depressão moderada; >36 depressão grave) |
| Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck <i>et al.</i> , 1961) | 21 Auto-resposta + Varias versões (42 itens, e uma de 13) | - Avalia sintomas clínicos de melancolia e pensamentos intrusivos presentes na depressão; De acordo com a teoria depressiva de Beck; - Ausência de sintomas motores de ansiedade. - Adaptada para o contexto português. <i>Handicap</i> – versão antiga; - Atenção à cotação: é diferenciada em todos os itens. - Proporciona uma pontuação total pela soma dos itens. A versão espanhola não possui pontos de corte, mas pontuações médias (Depressão ausente ou mínima m=10.9; depressão leve m=18.7; depressão moderada m=25.4; depressão grave m=30) |
| Escala Autoaplicada para a medida de la Depresión de Zung y Conde (Zung, 1965) | 20 Auto resposta Tipo likert: 4 (1-4) | - Avalia a gravidade do quadro depressivo através da gravidade dos sintomas; Quatro Factores: Depressivo, Biológico, psicológico e psicossocial; - O marco temporal é o momento actual; Para evitar o acostumar-se à resposta alternam-se os itens em sentido positivo com negativo - Adaptada e validada para o contexto espanhol - Pontuação: soma dos 20 itens (entre 20 e 80) (inversão de itens); - Pontos de corte para a versão espanhola: 20-35 sem depressão; 36-51 depressão sub línica ou variantes da normal; 52-67, depressão media-severa; 68-80 depressão grave com internamento; |
| Escala Depresión Geriátrica (GDS) (Brink <i>et al.</i> , 1982) | 30 Auto resposta dictómica Versões de 15 itens e 5 itens | - Avaliar a presença/deteção de depressão em idosos; versões em espanhol - Pontuação: soma total dos itens; pontua-se 0 ou 1 (itens invertidos) - Pontos de corte: 0-10 normal; 11-30 possível depressão; outros autores(depressão leve de 11-20 e >20 depressão grave. Na versão 15 itens é proposto 4/5 e na de 5 itens ½. |
| Escala de Depresión de Calgary (CDS) (Addington <i>et al.</i> , 1990) | 9 Heteroaplicada | - Avalia o nível de depressão em pacientes esquizofrénicos tanto na fase positiva ou na fase negativa; - os itens pontuam em tipo likert de 4 valores quanto à intensidade(0-3); em todos os itens existem critérios para estabelecer a pontuação quanto à gravidade; Administrada por um clínico, resultando de entrevista estruturada; - o tempo á que se refere é de há duas semanas. Interpretação: Pontuação total resultante de cada item de 0 a 3, oscilando entre 0 e 3 a pontuação total; - Pontos de corte: 0-5 sem depressão; 6-27 depressão. |
| Escala hospitalária de Ansiedad y depresión (HAD) | 13 Auto resposta | - Deteção de distúrbios depressivos e ansiosos em contexto hospitalar não psiquiátrico; que não possuam patologia fisiológica e diferencie os distúrbios de tipo depressivo e ansioso; |

| | | |
|---|--|---|
| (Zigmong & Snaith, 1983) | Tipo Likert | - Recomenda-se o uso de outro instrumento em caso de positividade; - Os itens não se referem a nenhum sintoma físico; Duas subescalas: Ansiedade e depressão. Itens pares/depressão – Itens ímpares/ansiedade - A avaliação dos sintomas por vezes é quanto à intensidade e outras quanto à frequência; Marco temporal: a semana anterior; adaptada e validada para contexto espanhol. - Interpretação: soma total dos itens: 0-7 características de normalidade; 8-10 caso provável; 11-21 caso de ansiedade e depressão. |
| Questionário de Transtornos del Humor (MDQ) (Hirschfeld <i>et al.</i> , 2000) | 13 Auto aplicada Resposta dictómica | - Avalia o espectro do distúrbio bipolar - A seguir aos 13 itens encontra-se 4 perguntas que fazem referência à presença simultânea de vários sintomas, a sua repercussão, antecedentes pessoais e familiares. - Ponto de corte: para a resposta afirmativa é >6 e para as perguntas 13. |

Adaptado de: Gracia, J.B., Portilla, M.P.G., Fernández, M.T.B., Martínez, P.A.S. & García, M.B. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 2002

Quadro 7

Escalas de avaliação de sintomas depressivos

| Designação | Itens | Formato | Minutos | Livre * | Referência |
|--|-------|-----------|---------|---------|-----------------------------|
| Beck Depression Inventory–II | 21 | 4 Graus | 5-10 | sim | Beck, Steer, & Brown (1996) |
| Carroll Rating Scale for Depression—Revised | 61 | Dictómica | 5-10 | sim | Carroll (1998) |
| Depression Anxiety <i>Stress</i> Scales | 42 | 4 Graus | 10-20 | sim | Lovibond & Lovibond (1995) |
| Depression Questionnaire | 24 | Dictómica | 20 | não | Sanavio et al. (1988) |
| Hamilton Depression Inventory | 23 | 4 Graus | 10-15 | sim | Kobak & Reynolds(1999) |
| Hopelessness Depression Symptom Questionnaire | 32 | 4 Graus | 10 | | Metalsky & Joiner (1997) |
| Inventory of Depressive Symptomatology | 30 | 4 Graus | 30-45 | não | Rush, Gullion et al.(1996) |
| IPAT Depression Scale | 36 | 3 Graus | 10-20 | sim | Krug & Laughlin (1976) |
| Multiscore Depression Inventory for Adolescents and Adults | 118 | dictómica | 20-25 | sim | Berndt (1986) |
| Positive and Negative Affect Scales | 20 | 5 Graus | 5 | sim | Watson et al. (1988) |
| Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) | 26 | Dictómica | 5-10 | sim | Spitzer et al. (1993) |
| Profile of Mood States | 65 | 5 Graus | 3-5 | sim | McNair et al. (1992) |
| Revised HRSD Self-Report Problem Inventory | 76 | Dictómica | 10-20 | sim | Yes Warren (1994) |
| Reynolds Depression Screening Inventory | 19 | Variável | 5-10 | sim | Reynold & Kobak (1998) |
| State–Trait Depression Adjective Checklist | 34 | Dictómica | 3 | sim | Lubin (1994) |
| Zung Self-Rating Depression Scale | 20 | 4 Graus | 5 | não | Zung (1965) |

* “livre” não exigem a presença do avaliador

Fonte: Dozois, D.J.A & Dobson, K.S. Depression. In Martin, M.M & Barlow, D.H. Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders, 2002, p.266

3.3- Sintomatologia depressiva em Idosos/viúvos

Carnelley, Wortman e Kessler (1999) tentaram avaliar o impacto que a viuvez tem na depressão, assim como o modo como os recursos e os factores do contexto que definem o significado da perda e o que modifica esse efeito. Comparando 431 mulheres viúvas que tiveram um casamento estável durante algum tempo, com 64 mulheres, cujos maridos faleceram até há três anos, os investigadores relatam que as mulheres com dois anos de viuvez relatam maiores níveis de depressão, mas somente se os maridos não estavam mal de saúde no início da investigação, dado que aquelas mulheres que tinham mal de saúde os seus maridos no início da investigação, não se mostraram significativamente mais deprimidas depois da morte. As mulheres que não estavam deprimidas antes do falecimento do marido revelaram-se mais vulneráveis à depressão durante o primeiro ano de vida. Os autores chegaram à conclusão que as mulheres a quem o marido falece de modo inesperado apresentam maiores níveis de depressão, do que aquelas que já esperavam esse desfecho.

Um dos primeiros estudos realizados acerca da viuvez e estados depressivos foi realizado por Paula Clayton, James Halikas e William Maurice (1972) com um grupo de 109 viúvos seleccionados de modo aleatório, com média de 61 anos e avaliados um mês após a morte dos seus cônjuges. Tendo em conta a proximidade com o trágico acontecimento, 35% dos participantes apresentavam sintomas depressivos semelhantes aos pacientes internados em psiquiatria por depressão. A comparação entre grupos de sujeitos com sintomatologia depressiva e não depressiva, com outras 53 variáveis demográficas, sociais e físicas, apenas na variável filhos próximos do seu local de residência, se encontraram diferenças significativas entre grupos, o que permite, segundo eles assumir que ter suporte familiar é um factor protector do desenvolvimento da depressão. A variável idade, sexo, tratamento prévio para depressão ou alcoolismo, não permitiram prever um desfecho depressivo após a viuvez. A limitação efectiva deste estudo resulta da proximidade da morte do cônjuge, aposentando-nos uma sintomatologia depressiva reactiva, o que não significa uma sintomatologia depressiva instalada.

A presença de sintomatologia em viúvos não está dependente somente das competências de *coping* ou dos acontecimentos em si. Ebrahimi-Nejad e Ebrahimi-Nejad (2006) revelaram que na sintomatologia depressiva e ansiogénica estão imbrincadas outras variáveis como os traços de personalidade.

A idade tem sido uma variável para a qual aparecem estudos contraditórios. Bennett e Morgan (1992); Nowlin (citado em Bannett, 1997); Larson, (citado em Bennet, 1997); Johnson, McGue Gaist, Vaupel, e Christensen (2002); e Kessler, Foster, Webster, e House

(1992) defendem que ocorrência de sintomatologia depressiva tende em aumentar á medida que aumenta a idade dos sujeitos. Contudo Bennett e Morgan (1992); Benntt, Smith e Hugues (2005a); Koropeckyj-Cox, (1995); Clayton e colaboradores (1972); e Bennett (1997) não verificaram a existência de uma associação entre a idade e a sintomatologia depressiva em viúvos.

A sintomatologia depressiva segundo Carnelley, Wortman e Kessler (1999) e Willcox e colaboradores (2003) diminui na medida em que aumenta o tempo de viuvez. Contudo Field e Friedrichs, (2004) e Bennett, Smith e Hugues (2005) não partilham da mesma opinião, defendendo que a sintomatologia depressiva entre os viúvos é recorrente independentemente do tempo de viuvez.

A sintomatologia depressiva está ainda associada ao género (Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor & Butterworth, 2008), à saúde percebida (Williams, Sawyer, Roseman & Allman, 2008), às actividades recreativas e ocupacionais (Janke, Nimrod & Kleiber, 2008), às condições de habitabilidade, as relações significativas, à solidão, ao isolamento, à baixa participação social, ao distanciamento familiar, à existência de outros *stressores* (Pahkala, 1990), à autonomia/dependência, à institucionalização, aos cuidados de saúde (Meller, Fichter & Schroppel, 1997), à escolaridade, (Pahkala, Kesti, Kongas-Savario, Laippala & Kivela, 1995), ao comportamento tabágico (Lugoboni, Quaglio, Pajusco, Mezzelani & Lechi, 2007), ao luto, ao suporte emocional (Van Grootheest, Beekman, Van Groesnou & Deeg, 1999), às actividades sociais (Mehta, Kulshrestha & Chowdhry, 2006), ao deficit cognitivo (Lima, Silva & Ramos, 2009), às cognições antecipatórias (Barreira, Cavaglia & Pires, 2001), à qualidade de vida (Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006) e aos rendimentos económicos (Ahn, 2005).

Relativamente a Portugal Gusmão, Xavier, Heitor, Bento e Almeida (2005) fizeram um levantamento de estudos sobre depressão realizados em Portugal, dando a conhecer que o nosso país é o terceiro país da EU a 15 com maior taxa de morbilidade psiquiátrica depressiva, mas o primeiro com prevalência de morbilidade psiquiátrica no sexo feminino, nomeadamente em mulheres com mais de 45 anos, entre casados, divorciados, viúvos e nos reformados. Contudo existe uma escassez de dados em Portugal e de deficit metodológico, não existindo dados disponíveis fiáveis quanto há prevalência de sintomatologia depressiva em Portugal (Gusmão *et al.* 2005)

Na literatura a prevalência de sintomatologia em idosos e em particular em viúvos não é algo que seja consensual como poderemos ver no quadro 8.

Quadro 8

Prevalência da depressão em idosos/viúvos segundo alguns estudos

| Autores | Prevalência |
|---|---|
| Burgos, A.C.G.F., Neri, A.L. & Cupertino, A.P.F.B. (2008). | - Depressão em idosos de 60-99 anos: 32%. |
| Pahkala, K. (1990) | - Idosos com mais de 60 anos: estavam clinicamente depressivos 44.4%: (91 homens e 173 mulheres); - Dos homens com depressão 65% eram casados, 10% solteiros, 24% viúvos e 2% divorciados; - Nas mulheres com depressão 36% eram casadas, 8% solteiras, 54% viúvas. |
| Johnson, J.G., First, M., Block, S., Vanderwerker, L.C., Zivin & K. Zhang, B. (2009) | - 135 viúvas até 3 meses após a perda. 90% apresentou luto muito intenso, forte <i>distress</i> e gostariam de saber qual a sua condição psiquiátrica, pois aliviaria os seus sintomas |
| Meller, I., Fichter, M.M. & Schroppel, H. (1997). | Idosos com mais de 85 anos (n=405): - prevalência de depressão (25%). 25% dos mulheres e 23.5% dos homens |
| Pahkala, K., Kesti, E., Kongas-Savario, P., Laippala & Kivela, S.L (1995) | - n- 1225 idosos(480 homens e 745 mulheres) com mais de 65 anos - A prevalência de depressão segundo os critérios do DSM-III foi de 16,5% da população total, 14,4% para os homens e 17,9% para as mulheres |
| Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M.C., Simões, M., Rijo, D. Quartilhos, M.J., Paredes, T. & Vaz Serra, A. (2008). | - População em geral (n 307): (19,2%) reportaram sintomatologia depressiva |
| Bonnano, G.A., Wortman, C.B., Lenman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Car, D. & Nesse, R.M. (2002) | Viúvos enlutados avaliados entre os 6 e os 18 meses: - Reações de tristeza crónica 15.6% ; - Depressão crónica 7.8% ; - O padrão comum de elevada depressão diminui ao longo do tempo 10.7%; - a depressão leve 45.9% ; - 10.2% alta depressão face à perda seguida de melhoria ao longo do luto; |
| Bonnano, G.A., Wortman, C.B. & Nesse, R.M. (2004) | 56.1% da amostra apresenta baixo padrão <i>distress</i> a seguir à perda. - 45.9% apresenta baixos valores de depressão ao longo do estudo, revelando-se resilientes à perda. |
| Lima, R.T.R., Silva, R.S. & Ramos, L.R. (2009) | 1667 idosos: 21,1% dos idosos cumpria critérios para depressão |
| Nardi, E.F. & Andrade, O.G. (2005). | 419 idosos com mais de 60 anos: - 28% dos idosos apresentou depressão moderada. Nenhum caso de depressão grave. - Comparativamente as mulheres apresentam maior prevalência da de pressão (35,1%) do que em homens (18,2%). |
| Faria, A.C.N.B., Barreto, S.M. & Passos, V.M.A. (2008) | 314 idosos com mais de 65 anos: - A prevalência da sintomatologia depressiva foi duas vezes maior nas mulheres que nos homens (30,1% vs. 15,8%). |

Adaptado dos estudos

4- Caracterização da Viuvez

4.1- Considerações e Características sócio demográficas

No fenómeno de estado de viuvez, ainda que existam alguns homens viúvos, é desde tempos antigos um fenómeno com incidência predominantemente nas mulheres. Por exemplos nos textos mais antigos de que dispomos, os textos bíblicos (Bíblia de Jerusalém, 1991), o conceito de viúvo não aparece uma única vez, enquanto o seu similar feminino aparece 101 vezes. O homem semita e das culturas antigas raramente ficava por muito tempo viúvo, ou porque re-casavam ou porque a poligamia era usual. Hoje, eventualmente, na cultura ocidental, um dos factores que têm influenciado o não casamento das viúvas advêm da cultura judaica e cristã que na sua génese valoriza o comportamento de não casamento em razão de a mulher ser, segundo a cultura, perpetuadora da memória do seu marido (Dias, 2004).

Tendo em conta a distribuição da população mundial entre género, a viuvez afecta mais as mulheres que os homens e poderíamos afirmar que uma larga maioria das pessoas, há-de passar no seu ciclo vital por esta experiência/estado de viuvez.

Do ponto de vista demográfico, segundo o censo de 2001, (INE, 2001) 6.6% (680 118) da população portuguesa são viúvos, dos quais 5.4% (557 883) são viúvas e 1.2% (122 235) são viúvos homens. Em termos da Região Centro do País entre os dois censos de 1991 e 2001 verificou-se um aumento de viúvos por população residente. Este fenómeno afecta sobretudo as mulheres, sendo por cada 100 pessoas viúvas, 80 são mulheres, o que poderá ficar a dever-se à maior longevidade da população feminina. Denota-se ainda um contraste entre o litoral e o interior com uma maior proporção de viúvos nos concelhos do Interior, devendo-se ao facto da população residente no interior ser mais envelhecida. Entre 1981 a 2001 (INE 2002) houve um de crescimento de 2.0150 viúvos na região centro com um total de viúvos 133.282 no ano de 2001. A total da população da região centro apenas cresceu 19135 entre os anos 1981 a 2001, o que perfazia no ano de 2001, um total populacional de 1.782. 254 para a região centro.

A grande maioria dos viúvos idosos não volta a casar. Num estudo realizado por Sofia Leite (2007) relativo ao ano de 2002, apenas 1,3% desses casamentos dizia respeito a pessoas com mais de 65 anos, contudo o estudo não nos permite saber a percentagem de viúvos que voltou a casar.

Segundo o Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE (2002), os casamentos posteriores à viuvez na população idosa são mais frequentes entre os homens, assim como é mais reduzido o tempo entre a dissolução do casamento anterior, por morte e a

celebração de um novo casamento. Porém, segundo Carrilho e Patrício (2002) a taxa de casamentos em viúvos tem diminuído entre os anos de 1981 e 2001 em cerca de 0.5% e 1.5%, para mulheres e homens respectivamente. Até ao ano de, 1.04% das viúvas e 1.66% dos viúvos homens voltou a casar, contudo também este estudo não diferencia entre os viúvos com menos de 65 anos e aqueles que têm mais de 65 anos.

Ainda antes dos censos de 2001 o INE (2000) lançou um conjunto de conclusões da população idosa que convém reter. O número de pessoas idosas em Portugal duplicou nos últimos quarenta anos, donde a população idosa é predominantemente mulher. O ritmo de crescimento da população idosa é superior ao resto da população em geral, sobretudo nas idades mais avançadas. Previa-se então, que entre 2010 e 2015 a população idosa ultrapasse a população jovem. Isto significa que serão mantidas ou acentuadas as diferenças entre homens e mulheres em termos absolutos populacionais com a feminização da população idosa. Previa-se também o crescimento de famílias unipessoais, mormente femininas. A viuvez afecta menos os homens idosos, que as mulheres idosas em consequência da sobre mortalidade masculina, ou porque mais facilmente reconstituem família. Os viúvos têm poucos contactos regulares com familiares ou amigos e são poucos os que pertencem a organizações sociais e culturais.

4.2- Envelhecimento e Viuvez

A viuvez é um estado de vida muitas vezes antecipado. Para falar de viuvez é necessário que anteriormente exista à morte de um dos companheiros, vínculos afectivos, emocionais, cognitivos e comportamentais, de carácter material e imaterial, sejam eles de carácter legal ou não, mas que durante algum tempo foram considerados pelas partes como significativos e estáveis e os dotavam de identidade pessoal e social. Facilmente podemos datar o desaparecimento do vínculo físico com a morte do cônjuge, contudo torna-se mais imprecisa de datar, a perda/*terminus* dos vínculos afectivos, emocionais, cognitivos e comportamentais, se é que alguma vez estes se podem datar, ainda que estes sejam inevitavelmente alterados pela perda física (Hoonard, 2001).

De acordo com Hoonard (2001) a delimitação de fronteiras temporais na viuvez é imprecisa, em razão das experiências e interpretações individuais que potenciam a multidimensionalidade e a diferenciação em vez da uniformização de características.

O primeiro grande estudo abrangente sobre a viuvez foi publicado à 37 anos por Lopata no seu livros *Widowhood in an American City* de 1973 e *Women as Widows* de 1979 (citado em

Hoonard, 2001). Desde então três temas têm dominado a investigação: os processos psicológicos de *coping*; os papéis e estatuto dos viúvos; e o papel e a natureza do suporte social. Segundo Hoonard (2001) os estudos estão mais centrados nos interesses dos investigadores do que nos interesses das viúvas. Estudos sobre o ajustamento psicológico têm-se centrado nos sintomas depressivos ou no *distress*. Outros têm-se focado no papel que a transição para a viuvez desempenha, como se o ser viúva fosse simplesmente deixar de ser esposa. Outros estudos focam-se nos rendimentos dos viúvos, conceptualizando a viuvez como um acontecimento e não uma nova fase de vida de ser família ou um processo de transição.

Hoonard (2001) defende que a mais importante tarefa desenvolvimental do viúvo ou viúva é a manutenção e redefinição da sua identidade enquanto um todo, criticando o método de pesquisa por questionário (métodos quantitativos) que se concentra na uniformidade esquecendo-se da diversidade tão própria do idoso, de como este se compreende a si, aos outros e ao mundo. O seu estudo focaliza a viuvez de uma perspectiva idiossincrática de cada viúvo sublinhando quer as comunalidades quer as diferenças entre eles: (1) Ainda que a viuvez seja um estado esperável poucas se preparam para ele; (2) Existem padrões e expectativas culturais que guiam e coadjuvam no processo de adaptação; (3) Desenvolvimento de novas relações de amizade; (4) Aprendem a lidar com novas tarefas que antes eram quase exclusivas do cônjuge. (5) Envolvem-se em novas tarefas de cariz mais comunitário e de voluntariado quando essas oportunidades existem.

Após o idoso enviuvar dão-se alterações significativas de ordem bio-psico-social. O estudo realizado por Novaes, Andrade, Silva, Veloso e Santos (2007) a viuvez além de ser um forte desencadeador de *stress*, levanta problemas de ordem financeira, de alteração de papéis e estatuto social, assim como biológicas, como a hipertensão e a diabetes, referindo que as alterações psicológicas são da ordem de 31%. Contudo o estudo mostra-se limitado pelo número reduzido da amostra, assim como também se recorreu a idosos viúvos institucionalizados.

4.3- Diferenças de Género

Nas diferenças de género foram encontradas substanciais diferenças quanto ao modo como os viúvos reagem face ao estado de viuvez. Segundo Lee (2007) muitos dos estudos longitudinais reafirmam que a viuvez é uma experiência psicológica mais difícil para os homens de que para as mulheres. Porém este dado não é corroborado por outros estudos (Burgos, Neri & Cupertino, 2008), onde as diferenças de género não se fazem notar, ou mesmo, existia para as mulheres um ligeiro agravamento sintomatológico. Na tentativa de resolver este paradoxo descobriu-se que os homens viúvos à morte da sua mulher já se encontravam depressivos, em razão de uma menor resiliência à deterioração da saúde da mulher e à sua qualidade conjugal, sendo esse o período em que a sintomatologia depressiva nos homens mais se faz presente (Lee, 2007).

Entre homens e mulheres idosas nem todos experienciam a viuvez de modo semelhante. Segundo Davison (citado por Arber, Davidson & Ginn, 2003) as mulheres experimentam um maior sentimento de liberdade e de autonomia, enquanto os viúvos homens não encontram vantagens em estar viúvo. O facto de existirem mais viúvas que viúvos, segundo Lopata (citado por Arber, Davidson & Ginn, 2003) deve-se também ao facto de que na comunidade se constrói na uma sociedade de viúvas, que os viúvos homens não possuem, o que facilita a construção de relacionamentos de apoio emocional, de uma rede de segurança e da implementação de outras actividades.

Do ponto de vista fisiológico segundo Arber e Cooper (citado em Arber, Davidson & Ginn, 2003) as mulheres viúvas relatam maior défice de saúde que os homens viúvos da mesma idade, o que lhe pode restringir a mobilidade. Também as mulheres idosas segundo Arber e Cooper relatam maiores desvantagens económicas que os homens (citado em Arber, Davidson & Ginn, 2003).

De acordo com Umberson, Wortman e Kessler (1992) os homens viúvos tendem em a apresentar níveis de sintomas depressão do que as mulheres. Isto resulta que os homens tendem a ficar menos tempo viúvos do que as mulheres não beneficiando do factor tempo para um melhor ajustamento psicológico face ao luto. Para as mulheres a variável que está mais associada á depressão é a tensão financeira, enquanto para os homens é a administração do lar. A mesma opinião partilha Lee, Willets e Secombe (1998). Contudo em estudos longitudinais não confirmam essas diferenças, sendo que as diferenças quando são encontradas se devem aos sintomas depressivos já existentes antes da morte do cônjuge e não aos efeitos da viuvez em si (Lee, 2007).

4.4- Luto e Acontecimentos de Vida

Segundo um conjunto de autores, Amster e Krauss, Holmes e Rahe, a morte do cônjuge é avaliada como uma dos acontecimentos de vida mais *stressantes* da vida humana (citado em Wilcox, Evenson, Aragaki, Wassertheil-Smoller, Mouton & Loevinger, 2003), podendo este ocorrer em qualquer altura da vida adulta, mas que mais comumente na velhice. Segundo Fields e Casper (citando em Wilcox *et al.*, 2003) Metade das mulheres com mais de 65 anos são viúvas. Porém o impacto que este acontecimento de vida tem na saúde mental tem sido pouco estudado, e muito menos na saúde física e comportamentos de saúde (Wilcox *et al.*, 2003).

Holmes e Rahe em 1967 (citado em Miller, Dunn, & Patel, 2010) constroem pela primeira vez uma escala com o intuito de avaliar os acontecimentos de vida *stressantes*, em que um dos itens referidos é a morte do conjugue. Por meio da morte se dissolve também um auto-conceito de família, exigindo uma nova redefinição de ser e estar em família (Miller, Dunn, & Patel, 2010). A viuvez é um acontecimento de vida esperado segundo M. Mattheus (citado em Hoonard, 2001) para as mulheres idosas.

A viuvez é marcada nas suas fases iniciais pela morte do cônjuge, seja por antecipação face a uma doença prolongada ou debilitante, ou pela imprevisibilidade da morte. Os primeiros momentos podem ser marcados pela experiência do choque e a letargia, centrando-se em memórias, nomeadamente do funeral, sendo os primeiros dias vividos com grande sofrimento emocional (Hoonard, 2001).

A resolução de tarefas burocráticas ligadas com a morte do conjugue pode ser benéfico para a viúvas, visto que estas chamam o sobrevivente para a funcionalidade. Os relacionamentos são renegociados, dado que as velhas formas de interacção com os filhos, os amigos e os homens deixam de funcionar em parte, re-exigindo novos modos de relacionamento nem sempre antecipados. Por exemplo os filhos passam a tratar o idoso viúvo como se de mais um filho se tratasse, os amigos passam a fazer distanciamento, pois algumas similitudes com os casados desapareceram, os homens face à viúva podem interpretar mal, aberturas de amizade como convites para o romance e inesperadamente tem de se integrar num novo círculo social de amigos com os viúvos (Hoonard, 2001).

As mudanças não são necessariamente todas negativas, existem novas áreas de crescimento desenvolvimental como a autonomia (viver sozinha, tomada de decisões, mobilidade...). Um outro desafio a superar são as questões financeiras, redefinindo as suas prioridades de consumo face a uma redução de rendimentos (Hoonard, 2001).

Atitudes face ao dinheiro afectam por vezes as relações familiares, quando a inveja e o ciúme se instala entre os descendentes. O suporte social da comunidade mais alargado tende a ser intensificado, nomeadamente com instituições de cariz associativo ou religioso (Hoonard, 2001).

Segundo DiGiulio (citado em Rocha, Gobbi, Mazzariano, Krabbe & Areosa, 2005) os idosos têm mais facilidade de adaptar-se à viuvez do que adultos e pessoas mais jovens, dado que a perda de um cônjuge é mais traumática no início da fase adulta por ser menos prevista. De acordo com Fraiman (citado em Rocha *et al.*, 2005) após a morte do conjugue o idoso fica desorientado, buscando auxílio junto do seu suporte familiar e social, que passando a fase do choque, quer voltar à sua vida e à sua casa, podendo ser mais doloroso se o viúvo tiver de mudar de residência, ou ser institucionalizado, dado que ficam comprometidas a auto estima, a independência e a autonomia.

Nos idosos os acontecimentos de vida estão associados com sintomas depressivos, interferindo com a saúde e os comportamentos de saúde. Em particular os viúvos experimentam acontecimentos de vida, como a morte do cônjuge e subsequente luto, que os tornam mais vulneráveis às doenças e ao consumo de álcool, assim como também um aumento significativo de sofrimento psíquico (Wilcox *et al.*, 2003).

Uma das principais tarefas de desenvolvimento na viuvez consiste em fazer luto pela perda do cônjuge. As diferenças entre indivíduos quanto ao tempo e quando o luto se finaliza é uma constante entre viúvos, contudo é possível encontrar algumas comunalidades: um distúrbios no funcionamento durante algum tempo; depressão elevada, desorganização cognitiva ou problemas de saúde, com uma variação média entre alguns meses até um a dois anos; distúrbios crónicos do funcionamento por vários anos ou mais, seja de modo mais insidioso, ou com menor intensidade ou ainda por recorrências esporádicas de sintomas; ou a relativa ausência de distúrbios do funcionamento, sendo que cerca de metade dos viúvos se insere neste último padrão face à perda (Bonnano, 2004)

O luto tem sido considerado como uma reacção normal face à perda segundo Parkes (citado em Ferreira, Leão & Andrade, 2008) e como um processo de ajustamento face à perda, que poderá afectar todos os aspectos do sobrevivente, segundo Papalia e Olds, (citado em Ferreira, Leão & Andrade, 2008), sendo necessário que este, segundo Lira (citado em Ferreira, Leão & Andrade, 2008), reenquadre a sua vida perante a ausência da pessoa amada, dado que este se percebe como parte de uma unidade que já não existe.

Ferreira, Leão e Andrade (2008) fazem uma síntese bibliográfica das manifestações que podem acontecer no luto: choque; incredibilidade; entorpecimento inicial; dificuldades em

deixar planos, rendimentos, expectativas e papéis; dor; tristeza; choro fácil; respiração permeada com suspiros; apatia; estado de vigília elevado; inquietação; dificuldades de concentração; pavor e pânico; perda de apetite e peso; insónia; distúrbios digestivos; dores de cabeça; dores musculares; palpitações; irritação; tensão e ansiedade; sensações como um nó no estômago ou de pressão na cabeça, insegurança e desprotecção, solidão, e incapacidade para realizar as tarefas diárias.

A perda segundo Parkes (citado em Ferreira, Leão & Andrade, 2008) pode representar modos distintos de significação: a perda de um confidente; de um amigo; de um parceiro sexual; de uma fonte de rendimentos, permanecendo com intensidade, enquanto não forem encontradas alternativas para a satisfação das necessidades pendentes.

Para que o luto para atinja a sua resolução implica tarefas específicas: aprender novos papéis, hábitos, costumes, circunstâncias e comportamentos, sem o apoio daquele que sempre lho aportava. Walsh (citado em Ferreira, Leão & Andrade, 2008) defende que as principais tarefas a cumprir são a superação da tristeza pela perda e reinvestimento no funcionamento futuro, desconectando os vínculos que ainda fazem de ligação ao defunto, transformando as memórias em experiências compartilhadas. Uma outra tarefa segundo Parkes (citado em Ferreira *et al.* 2008) consiste na expressão dos sentimentos provocados pela morte, que segundo Brown (citado em Ferreira, Leão & Andrade, 2008) podem ser acompanhados por um serviço de psicoterapia, com grandes benefícios para o enlutado.

Poderíamos ser tentados a pensar que o luto do viúvo se restringe à perda do cônjuge. Segundo Florez (2002) fazer luto implica também a perda de processos psicológicos e sociais, tais como de recursos económicos, de relações de amizade, problemas familiares, um diagnóstico de doença... Segundo este autor todos os factores *stressantes* podem originar igualmente reacções desadaptativas com manifestação de índole depressiva e emocional, como a tristeza, o choro, a desesperança, sentimentos de impotência, raiva e culpa, e com disfunção a nível pessoal, social, familiar e profissional.

O luto é um processo normativo visando a adaptação (Florez, 2002), o qual leva algum tempo a concretizar, contudo quando o processo de adaptação não acontece, ou não evolui para um estado de adaptação, estamos perante um luto designado de “patológico”. O DSM-IV-TR (APA, 2002) associa o luto a uma reacção face à morte de um ente querido, diferenciando o luto “normal” do luto “patológico” e para as outras reacções *stressantes* sem adaptação, categoriza-as como Perturbações da Adaptação. Porém o CID-10 (OMS, 2007) classifica o luto por morte também dentro das Perturbações de Adaptação, quando este manifesta reacções anormais face ao *stressor*.

O luto pode ser interpretado ante diferentes perspectivas. A perspectiva psicológica defende que é impossível evitar os lutos, contudo o modo de reacção ao luto é diferente, sendo que uma resolução de um luto facilita outros lutos e uma não resolução potencializa outras novas não resoluções de modo crónico e potencializa o aparecimento de patologia (Florez, 2002).

A perspectiva etológico-antrapológica focaliza o luto normal como uma reconstrução do mundo interno, reenquadrando-se na sua relação com outros e rituais culturais (Florez, 2002). A perspectiva biológica enfatiza o luto como uma resposta fisiológica pelas alterações biológicas que o *stressor* provoca (p.e. diminuição de leucócitos e do sistema imunitário em geral) (Florez, 2002).

Nos viúvos e idosos em geral em luto podem advir de *stressores* que podem estar ligados com mudança do estatuto laboral e de prestígio, a perda de funções físicas, luto por familiares ou de significativos próximos, a perda do ambiente familiar pela institucionalização, a doença ou incapacidades pessoais ou de familiares, donde o conjunto de perdas sucessivas podem fazer com que o idoso esteja em permanente luto, ainda que a intensidade experimentada seja diversa (Florez, 2002).

O luto normal é experienciado de modo diverso ao longo do tempo falando-se em fases. A primeira fase segundo Florez (2002) caracteriza-se por um estado de choque (perplexidade, incredibilidade, pranto, nó na garganta, suspiros, vazio no estômago, debilidade, negação, desconfiança, perda de apetite, desconcentração, auto desvalorização, alterações da percepção), sem capacidade para perceber o alcance do acontecimento. A segunda fase caracteriza-se pela preocupação (raiva, tristeza, insónia, anorexia, debilidade, cansaço, culpabilidade, sonhos e pensamentos com o falecido, anedonia e introversão). A terceira fase denominada de resolução (pacificação, recordação aprazível do passado, retoma de interesses e estabelecimento de novas relações).

Estas fases de luto não são limitadas no tempo nem sequenciais, mas antes flexíveis e individualizadas em função de cada pessoa e circunstância, o que faz com que cada luto seja um processo individual em função da pessoa e do acontecimento (Kubler-Ross, 2009).

Ainda que o luto normal, o luto patológico e a depressão partilhem sintomas muito semelhantes, a sua recorrência no tempo, a sua flutuação, o grau de auto-estima nos sujeitos e o seu grau de disfuncionalidade é distinto (Florez, 2002).

A maioria dos viúvos após 18 meses apresenta poucas indicações de negação e evitamento face à perda, percebendo mesmo benefícios no seu estado de viuvez e fazendo uso de memórias positivas da relação, manifestando eficácia de *coping* percebida. Aqueles que

fizeram luto antecipado apresentam ainda uma melhor resiliência face à viuvez (Bonanno, 2004).

O modelo preconizado Florez (2002) para as fases do luto não se afasta de todo do já preconizado pelos modelos clássicos de luto descritos no quadro 9.

Quadro 9

Modelos clássicos das fases de luto: De Bolby e Kubler-Ross

| Bolby | Kubler-Ross |
|--|--|
| <p>F - Choque: (desespero, desorientação, negação, cólera e não aceitação) podendo demorar vários dias;</p> <p>S - Saudade ou procura do ente querido: (intenso período de ligação com o falecido, inquietude física e pensamento constante no falecido) pode durar vários meses ou mesmo anos;</p> <p>E - Desorganização e desespero (desesperança, apatia, insónia, perda de peso, desconsolo e perda se sentido de vida),</p> <p>S - Reorganização (reincorporar-se nas actividades, recordação do falecido com um misto de alegria e tristeza, internalização da pessoa perdida)</p> | <p>- Negação (defesa temporária, choque descrença), que não se restringe somente à fase inicial, mas que de tempos a tempos é revisitada pelo enlutado;</p> <p>- Raiva (dirigida aos familiares, aos técnicos de saúde ou Deus);</p> <p>- Negociação (a maioria dos acordos é feito com Deus e mantido em segredo: promessas, delineiam-se objectivos possíveis);</p> <p>- Depressão (sensação de perda irreparável, tristeza, desespero);</p> <p>- Aceitação (inevitabilidade do acontecimento, alheamento e paz).</p> |

Adaptado de: Florez, S.D. Duelo. Anales Sis San Navarra. 2002; Kubler-Ross, E. On Death and Dying. 2009

4.5- Papéis Sociais e Viuvez

O olhar sobre o idoso viúvo não é de todo consensual. Segundo os autores Beauvoir e Capodieci (citados em Rocha, Gobbi, Mazzariano, Krabbe & Areosa, 2005) a velhice é uma fase da vida onde a pessoa se pode entregar à alegria e à vida descomprometida, envolvendo-se num conjunto de actividades segundo as suas escolhas e possibilitando a sua realização pessoal, onde após a morte do cônjuge, muitos acabam por viver mais a sua vida segundo os seus desejos. Para outros autores como Pintos (citado em Rocha *et al.*, 2005) a viuvez na velhice é um período de crise de identidade, resultante de padrões e papéis sociais, e de mudanças orgânicas, podendo levar à confusão e à razão de viver. Para Calado (citado em Rocha *et al.*, 2005) o envelhecimento trás consigo a perda de capacidades de adaptação podendo ser um elemento facilitador ou um obstáculo ao bem-estar, sabendo que este está associado à satisfação relacional com o seu ambiente.

Segundo Kirkwood (citado em Rocha *et al.*, 2005) a razão porque as mulheres têm uma maior esperança de vida resulta que os homens estão mais susceptíveis a ferimentos, a serem mais competitivos dentro e fora do trabalho, o que os leva a estar mais sujeitos às

doenças como o *stress*, a terem profissões de risco, a comportamentos de saúde menos observados comparativamente com as mulheres e mais expostos aos efeitos nefastos da testosterona.

O aspecto social/cultural dos papéis masculino e feminino parece ser facilitador para uma melhor adaptação das mulheres ao estado de viuvez, pois a mulher não interrompe as suas actividades domésticas, fazendo-o até para os filhos após a viuvez (Rocha, *et al.*, 2005). Contudo não podemos generalizar. Hoje muitas viúvas preferem viver sozinhas ou procuram um novo companheiro, deixando de viver em função dos filhos, o que implica também, pelo menos, uma menor vinculação à família descendente e a procurar suporte em outros, tais como amigas(os) viúvas ou associações.

Gilleard e Higgs (*in* Arber, Davidson & Ginn, 2003) defendem que na sociedade ocidental os modos de vida promovem o aparecimento de uma nova identidade para a população idosa, caracterizada pela diferenciação social e pela fragmentação. Segundo estes autores a população idosa está a assumir para si novos estilos de vida como um prolongamento das representações da idade adulta média, centradas no lazer, em vez de serem representações construídas a partir da idade idosa.

O envelhecimento está associado com várias mudanças sociais, económicas e de estado. A viuvez é uma dessas mudanças que pode implicar perdas em termos de mobilidade, caso seja o marido que conduzia ou perdas em termos económicos. Segundo Arber, Davidson e Ginn (2003) as mudanças reflectem-se mais em termos de papeis sociais, de mudança de relações ou mudanças económicas, do que em razão de deterioro da saúde ou do próprio envelhecimento em si.

Parte II

5- Parte Empírica

5.1- Apresentação do Estudo

A população idosa e em particular a população idosa viúva trata-se de um grupo restrito, mas que representa cerca de 6.7% da população portuguesa. Este grupo de pessoas possui características distintivas da população em geral, nomeadamente tende em apresentar valores mais elevados de sintomatologia depressiva do que a população em geral. Quando avaliados em conjunto com a população em geral o número de viúvos participantes nos estudos acaba por ser muito reduzido (Gameiro *et al.* 2008).

Bennett e Morgan (1992); Benntt, Smith e Hugues (2005a); Koropeckyj-Cox, (1995); e Clayton e colaboradores (1972) não encontraram nenhuma associação entre a idade e a sintomatologia depressiva em viúvos. Por outro lado Bennett e Morgan (1992); Bennett, 1997) Nowlin (citado em Bannett, 1997); Larson, (citado em Bennet, 1997); Johnson, McGue Gaist, Vaupel, e Christensen (2002); e Kessler, Foster, Webster, e House (1992) defendem que a ocorrência de sintomatologia depressiva está associada com a idade.

Carnelley, Wortman e Kessler (1999) e Willcox e colaboradores (2003) defendem que o aumento do tempo de viuvez é promotor de uma menor ocorrência de sintomatologia depressiva. Por outro lado Field e Friedrichs, (2004) e Bennett, Smith e Hugues (2005) não partilham da mesma opinião, defendendo que a sintomatologia depressiva entre os viúvos é recorrente independentemente do tempo de viuvez.

De acordo com o estudo de Janke, Nimrod e Kleiber, (2008) os viúvos após a morte do cônjuge experimentam mudanças no seu reportório de lazer e na frequência com que o fazem. De acordo Bennett, Hughes & Smith (2005b) existem diferenças de género, sendo que as mulheres são mais eficazes na execução de *coping* face aos *stressores*. De acordo com Burgos, Neri, e Cupertino (2008) o *coping*, nomeadamente o *coping* associado com emoções é predictor de ocorrência de sintomatologia depressiva. De acordo com o estudo de Kennett, Smith, e Hughes (2005a) os sintomas depressivos estão associados à ausência de *coping* em idosos viúvos.

Segundo Caserta e Lund (2007) as actividades dos viúvos orientadas para os autocuidados, para as aptidões de vida diária e para o crescimento pessoal, apresentam menor sintomatologia depressiva. Por outro lado os viúvos que se focam em estados emocionais negativos e nos seus problemas de vida apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva.

De acordo com Field e Friedrichs (2004) a focalização cognitiva nas memórias com o falecido conjugues é mais eficaz e benéfica na regulação de humor nas viúvas com mais tempo de viuvez, sendo uma forma de *coping* menos benéfico para as viúvas recentes.

Alguns idosos face às situações de vida fazem *coping* desadequado através do consumo de álcool, psicofármacos (Gomberg, 1995; Hulten *et al.*, 2000), assim como um com um maior consumo de nicotina (Lugoboni *et al.*, 2007).

Perante o agora exposto foram levantados três questões de investigação: Qual é a epidemiologia da sintomatologia depressiva em viúvas? Será que os factores idade e tempo de viuvez estão associados com a ocorrência de sintomatologia depressiva? Quais são as estratégias de *coping* que estão associadas á sintomatologia depressiva? As actividades laborais e as actividades de lazer estão associadas à sintomatologia depressiva?

Para compreender o impacto que o factores: tempo (idade e tempo de viuvez); estratégias de *coping* e actividades de lazer e mestria têm na sintomatologia depressiva, procurou-se comparar as pontuações obtidas inter-indivíduos seleccionados por conveniência num único momento de avaliação.

Assim no sentido de dar resposta a estes problemas de investigação elaborou-se a pesquisa tomando como desenho de investigação, uma investigação de carácter quantitativo, de tipo transversal e de carácter exploratório inter-individual.

5.2- Objectivos e Hipóteses

Visando a objectividade metodológica no estabelecimento de objectivos e hipóteses em causa neste estudo seguiram-se os procedimentos descritos por Fonseca (2008).

O objectivo descritivo deste estudo é avaliar a prevalência da sintomatologia depressiva em viúvas.

Os objectivos analíticos específicos do estudo são os seguintes:

- Verificar se existe relação entre a idade e a sintomatologia depressiva;
- Verificar se existe relação entre o tempo de viuvez e a sintomatologia depressiva;
- Verificar se existe uma relação entre as estratégias de *Coping* Controlo e a sintomatologia depressiva;
- Verificar se existe relação entre as estratégias de *Coping* Retraimento-Conversão-Adictividade e a sintomatologia depressiva;
- Verificar se existe relação entre as estratégias de *Coping* Suporte social e a sintomatologia depressiva;
- Verificar se existe relação entre as actividades laborais e a sintomatologia depressiva;

- Verificar se existe relação entre as actividades de lazer passear e a sintomatologia depressiva;

No sentido de dar cumprimento a estes objectivos estabeleceram-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: As viúvas mais idosas apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva;

- Hipótese 2: As viúvas com menor tempo de viuvez apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva;

- Hipótese 3: As viúvas com maior *coping* de controlo apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva;

- Hipótese 4: As viúvas com maior *coping* de retraimento-conversão-adictividade apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva;

- Hipótese 5: As viúvas com maior *coping* de suporte social apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva;

- Hipótese 6: As viúvas com fazem actividades laborais apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva;

- Hipótese 7: As viúvas que fazem actividades de lazer-passear apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva.

Na figura 6 podemos verificar como foram operacionalizadas em termos estatísticos.

a) Hipótese 1.

H0: A idade não está relacionada com ocorrência da sintomatologia depressiva;

H1: A idade está relacionada com ocorrência da sintomatologia depressiva;

Sub-hipótese

H0: As viúvas mais velhas não apresentam maior presença de sintomatologia depressiva do que as viúvas mais novas;

H1: As viúvas mais velhas apresentam maior presença de sintomatologia depressiva do que as viúvas mais novas;

b) Hipótese 2.

H0: O tempo de viuvez não está relacionado com ocorrência da sintomatologia depressiva;

H1: O tempo de viuvez está relacionado com ocorrência da sintomatologia depressiva;

Sub-hipótese

H0: As viúvas com maior tempo de viuvez não apresentam maior presença de sintomatologia depressiva do que as viúvas com menor tempo de viuvez;

H1: As viúvas maior tempo de viuvez apresentam maior presença de sintomatologia depressiva do que as viúvas com menor tempo de viuvez;

c) Hipótese 3.

H0: As estratégias de *coping* de controlo não estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

H1: As estratégias de *coping* de controlo estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

Sub-hipótese

H0: As viúvas que fazem maior uso de estratégias de *coping* de controlo, não apresentam menor presença de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de estratégias de *coping* de controlo;

H1: As viúvas que fazem maior uso de estratégias de *coping* de controlo, apresentam menor presença de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de estratégias de *coping* de controlo;

d) Hipótese 4.

H0: As estratégias de *coping* de retraimento-conversão-adictividade não estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

H1: As estratégias de *coping* de retraimento-conversão-adictividade estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

Sub-hipótese

H0: As viúvas que fazem maior uso de estratégias de *coping* de retraimento-conversão-adictividade, não apresentam maior presença de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de estratégias de *coping* de retraimento-conversão-adictividade;

H1: As viúvas que fazem maior uso de estratégias de *coping* de retraimento-conversão-adictividade, apresentam maior presença de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de estratégias de *coping* de retraimento-conversão-adictividade;

e) Hipótese 5.

H0: As estratégias de *coping* de suporte social não estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

H1: As estratégias de *coping* de suporte social estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

Sub-hipótese

H0: As viúvas que fazem maior uso de estratégias de *coping* de suporte social não apresentam maior presença de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de estratégias de *coping* de suporte social;

H1: As viúvas que fazem maior uso de estratégias de *coping* de suporte social, apresentam menor presença de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de estratégias de *coping* de suporte social;

f) Hipótese 6.

H0: As actividades laborais não estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

H1: As actividades laborais estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

Sub-hipótese

H0: As viúvas que fazem maior uso de actividades laborais, não apresentam menor presença de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de actividades laborais;

H1: As viúvas que fazem maior uso de actividades laborais, apresentam menor presença de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de actividades laborais;

g) Hipótese 7.

H0: As actividades de lazer/passear não estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

H1: As actividades de lazer/passear estão relacionadas com ocorrência da sintomatologia depressiva;

Sub-hipótese

H0: As viúvas que fazem maior uso de actividades de lazer/passear, não apresentam menor presença

de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de actividades lazer/passear;
H1: As viúvas que fazem maior uso de actividades de lazer/passear, apresentam menor presença de sintomatologia depressiva, do que as viúvas que fazem menor uso de actividades lazer/passear;

Figura 6. Apresentação das hipóteses em estudo, operacionalizadas do ponto de vista estatístico.

5.3- Métodos

5.3.1- Participantes

Participaram neste estudo 76 viúvas de 3 comunidades rurais do distrito da Guarda. Os critérios de inclusão no estudo foram: ter mais de 65 anos; estar em estado de viuvez; e não apresentar deterioro cognitivo acentuado, de acordo com os critérios estabelecidos pelo *Mini Mental Tate*.

A Média de idade das participantes foi de 77,4 anos de idade, com um Desvio Padrão (SD) =6,2, sendo que as participantes tinham uma idade compreendida entre 65 anos e 91 anos; A Média do tempo de viuvez das participantes foi de 15 anos, com um SD=12,84, sendo que as participantes tinham entre 0,3 e 45 anos de viuvez. As participantes têm em Média 2.1 filhos, apresentam um SD=1,47, sendo que no máximo, as participantes tinham até 6 filhos.

Outras características demográficas dos participantes são descritas no quadro 10.

Quadro 10

Caracterização e descrição dos participantes

| | N | % |
|--|------------------|------|
| Habilitações Literárias: | | |
| Iletrado | 23 | 30,3 |
| Sabe Assinar o nome | 10 | 13,2 |
| Instrução Primária | 41 | 53,9 |
| Até ao 5 ano antigo | 1 | 1,3 |
| Curso superior | 1 | 1,3 |
| Situação laboral | | |
| Reformada | 75 | 98,7 |
| Activa | 1 | 1,3 |
| Descendentes Directos | | |
| Sim | 68 | 89,5 |
| Não | 8 | 10,5 |
| Com quem Reside: | | |
| Sozinha | 53 | 69,7 |
| Com Filhos | 18 | 23,7 |
| Familiar Directo | 2 | 2,6 |
| Outro Familiar | 3 | 3,9 |
| Mudança de Residência pós a viuvez: | | |
| Sim | 7 | 9,2 |
| Não | 69 | 90,8 |
| Modo de falecimento do Cônjuge: | | |
| Suicídio | 1 | 1,3 |
| Acidente | 3 | 3,9 |
| Doença repentina | 32 | 42,1 |
| Doença prolongada | 40 | 52,6 |
| Migrante: | | |
| Sim | 30 | 39,5 |
| Não | 46 | 60,5 |
| Presença de Doença crónica: | | |
| Doença Física | 56 | |
| Doença Mental e Física | 14 | |
| Sem Doença crónica | 6 | |
| Total | 76 Participantes | |

5.3.2- Instrumentos

No âmbito deste estudo foi elaborado um *Questionário Sócio Demográfico* tendo em conta algumas particularidades da população viúva descritas na bibliografia. Foram tidas em conta as variáveis: Género; idade; anos de viuvez; actividades laborais; actividades de lazer; escolaridade; Filhos; Companheiros após a viuvez; Com quem reside; Mudança de residência; Modo de falecimento do cônjuge; percepção de relação com o falecido; Presença de doença crónica; Percepção de saúde e Comportamentos de adição.

O teste *Mini Mental State Examination* elaborado por Folstein e colaboradores em 1975 e adaptado para Portugal por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão Castro-Caldas e Garcia

(1994) Permite a avaliação da função cognitiva e *screening* para quadros demenciais, assim como também de seguimento face ao tratamento. Avalia funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos); orientação espacial (5 pontos); evocação (3 pontos); repetição (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); linguagem (8 pontos); e viso-espacial (1), ficando de fora a capacidade de abstracção, de juízo e a expressão (Lourenço & Veras, 2006). A pontuação pode variar entre 0 e 30, donde este último corresponde a melhor capacidade cognitiva. Pode ser aplicado por profissionais de diversas áreas clínicas, levando cerca de 5 a 10 minutos a ser aplicado.

O ponto de corte para disfunção cognitiva varia em função da literacia: analfabetos (<16); até 11 anos de escolaridade (<23) mais de 11 anos de escolaridade (<28), conforme o proposto nos testes de publicação portuguesa. Com amostras clínicas tem sido proposto o ponto de corte 23/24 para detectar demência. Lacks e colaboradores (2003) propuseram-se definir para os idosos, mediante a sua escolaridade e idade, pontos corte mais precisos: idosos mais jovens (73 anos) 19,9; idosos mais velhos (88 anos) 16,9; Analfabetos 17,1. Segundo Brucki e colaboradores (2003) deve-se ter especial cuidado com os pontos de corte estabelecidos para os analfabetos em razão dos diversos matizes culturais que de *per si* podem influenciar o desempenho. No seu estudo o ponto de corte para os analfabetos foi de igual ou menor que 13.

A sintomatologia depressiva foi avaliada através da versão longa da *Geriatric Depression Scale (GDS-30)* que tem sido amplamente aplicada no estudo da população idosa. Esta escala foi construída por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Huang, Rose, Adey e Leirer (1983). A versão utilizada neste estudo é foi de tradução de Barretto e adaptada por Verrissimo (1988).

A GDS permite obter uma pontuação global que tem em conta o número de sintomas presentes. A escala consta de 30 itens com o tipo de resposta dicotómica. Trata-se da única escala de depressão especificamente construída para idosos. A escala foi construída para possível detecção de existência de depressão. Existem mais duas versões abreviadas, uma de 15 itens de Sheikh e Yesavage e uma de 5 itens de Hoyle e colaboradores. A escala pode ser auto ou heteroaplicada (Gracia, Portilla, Fernández, Martínez & García, 2002).

A pontuação total da GDS-30 se obtém através da soma dos itens com o valor de 0 ou 1, podendo variar entre 0 e 30, ou 0 e 15 ou 0 e 5 nas escalas reduzidas. A resposta afirmativa nos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28 equivale a 1 ponto, assim como também a resposta negativa nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30

também vale 1 ponto. São recomendados como pontos de corte os seguintes valores: de 0 a 10 pontos = normalidade de humor; de 11 a 20 pontos = possível depressão/ depressão leve; > de 20 pontos depressão grave (Gracia *et al.*, 2002)

O alfa de cronbach obtido neste estudo com viúvas para a versão da GDS-30 foi de 0,85 que segundo DeVellis (1991) é um valor de consistência interna excelente.

O *coping* foi avaliado com a escala *Escala Toulousiana de Coping* desenvolvida por Esparbés, Sordes-Ader e Pierre Tap em 1993, já aqui referida, e validada para Portugal por Pierre Tap e Colaboradores (2005) com uma amostra de 1000 jovens adultos entre os 18 e 28 anos. A versão portuguesa foi sujeita a análise factorial da qual resultaram cinco sub-escalas ou factores: Controlo (13 itens); Retraimento, Conversão e Adictividade (13 itens); Distracção social (10 itens); Suporte social (7 itens) e Recusa (8 itens). Há versão original francesa de 54 itens foram retirados os itens: 3, 45 e 49 resultando uma escala portuguesa com 51 itens que explicam 34,71% da variância. A consistência interna verificada pelos autores da versão portuguesa por subescala foi a seguinte: Controle $\alpha=.82$; Retraimento, Conversão e Adictividade $\alpha=.76$; Distracção Social $\alpha=.72$; Suporte Social $\alpha=.70$; Recusa $\alpha=.66$, resultando para a totalidade da Escala Toulousiana de *Coping* um $\alpha=.78$.

Em termos de correlações significativas, entre as subescalas e escala total de *coping*, vão de moderadas a fortes, sendo que a subescala Controle se correlaciona significativa e negativamente com as escalas subescalas Retraimento, Conversão e Adictividade, e Recusa. A subescala Distracção Social correlaciona-se de modo significativa e positivamente com as outras subescalas, assumindo assim uma função de factor mediador.

O alfa de cronbach obtido neste estudo com viúvas para a Escala Toulousiana de *Coping* foi de 0,645, enquanto para a subescala Controlo foi de 0,722; para subescala Retraimento, Conversão e Adictividade foi de 0,588; para escala de Distracção social foi de 0,496; para a escala Suporte Social foi de 0,623; e para a Subescala Recusa 0,103. Tendo em conta os critérios de DeVellis (1991) a consistência interna resultante para globalidade da escala é aceitável.

5.3.3- Procedimento

Depois de serem pedidas as autorizações necessárias para a utilização dos instrumentos de avaliação, tratou-se de fazer um levantamento de todos os viúvos existentes nas diversas comunidades, por nome e morada de modo a facilitar o contacto com os participantes. Os dados foram recolhidos na residência dos participantes.

As viúvas foram informadas acerca do objectivo do estudo, da sua finalidade, da confidencialidade e das obrigações do investigador, prestando assim oralmente o seu consentimento informado. De seguida, o investigador tendo por base uma entrevista estruturada em formato papel, ministrou o conjunto de instrumentos pela seguinte ordem (Anexo 1): o questionário sócio demográfico, o *Mini Mental State Examination*, a *Escala Toulousiana de Coping* e a *Geriatric Depression Scale-30*, levando em média, cerca de 60 minutos a administrar. Após a aplicação do teste *Mini mental state Examination* fazia-se uma breve contagem dos itens respondidos correctamente para verificar se a participante não respondia abaixo do ponto de corte de acordo com a sua escolaridade. Este procedimento fez com que não fossem aceites quatro participantes, parando de imediato a aplicação dos restantes instrumento

5.4- Análise Dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com *SPSS, v 17.0 for Windows*. Os dados foram submetidos a análise de estatística descritiva: frequências; médias, desvios padrão, valor mínimo e máximo.

A consistência interna dos itens das escalas em uso foi determinada pelo programa SPSS. Tomando em conta os parâmetros de DeVellis (1991) para aceitação de valores da consistência interna: 0.50 a 0.60 má; 60 a 70 aceitável; e 0.70 a 0.80 boa; 0.80 a 0.90 como excelente, com aqueles que foram encontrados neste estudo, não se aceita a subescala Recusa e a subescala Distracção Social para análise dos dados. Aceita com reservas a subescala Retraimento-Conversão-Adictividade e a aceitam-se as subescalas Suporte Social, Controlo, *Coping* Total e a Escala de depressão Geriátrica para análise dos dados

A variável dependente em estudo é a variável sintomatologia depressiva resultante da soma total dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. A variável sintomatologia depressiva provém de uma população com distribuição normal ($K_s=1,332$; $p=0.058$ de acordo com os procedimentos descritos em Maroco (2007). Porém quando a variável sintomatologia

depressiva se encontra em dependência com as variáveis em estudo, em razão da distribuição dos dados pelos diversos grupos, não apresenta uma distribuição normal (teste de *Komogorov-Smirnov*) ou o pressuposto de homogeneidade das variâncias (teste de *Levene*) não é respeitado, de acordo com os procedimentos descritos em Maroco (2007), o que implica fazer uso de testes não paramétricos.

A partir dos valores d variável Sintomas Depressivos Total foram criadas três novas variáveis: a) Grupos de sintomas de depressão, tendo em conta os pontos de corte estabelecidos pelos autores da escala original (0 a 9, sem depressão; 10 a 19 depressão moderada; e 20 a 30 depressão severa); b) uma outra variável em que divide os participantes em dois grupos com depressão e sem depressão (0 a 10; 20 a 30); e uma última variável que só contempla os participantes com depressão codificando-os em depressão moderada ou severa (10 a 20 e 20 a 30).

Para Avaliar a significância estatística da incidência percentual da sintomatologia depressiva em viúvas para as novas variáveis geradas a partir da variável sintomatologia depressiva total recorreu-se ao Teste Binominal implementado no *software* de análise de dados SPSS como o descrito em Maroco (2007), considerando-se como nível de significância igual ou menor que 0.05.

A análise estatística inferencial indica que a percentagem de viúvas com sintomatologia reduzida é significativamente diferente de 50% ($p=0.05$; $N=76$), das viúvas com sintomatologia moderada e excessiva, o que nos permite concluir que para uma probabilidade de erro de 0,5%, existe evidência estatística para aceitarmos a hipótese de que existem diferenças estatisticamente significativas entre as proporções de viúvas que apresentam sintomatologia de modo reduzido versus as viúvas que apresentam sintomatologia de modo moderado e excessivo. Contudo a análise estatística inferencial indica que a percentagem de viúvas com sintomatologia moderada não é significativamente diferente de 50% ($p=0,61$; $N=29$) das viúvas com sintomatologia excessiva, o que nos permite concluir que para uma probabilidade de erro de 0,5%, não existe evidência estatística para rejeitarmos a hipótese de que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as proporções de viúvas que apresentam sintomatologia de modo moderado, das viúvas que apresentam sintomatologia de modo severo.

Tendo em conta os principais objectivos deste estudo e a hipóteses elaboradas, fez-se uso do teste de *Correlação de Spearman* para constatar a existência de relações entre as variáveis, assim como também se usaram os testes *Wilcoxon-Mann-Whitney* e *Kruskal- Wallis* para procurar diferenças entre grupos de viúvos quanto à frequência de sintomas depressivos

em função de uma das variáveis independentes (idade, os anos de viuvez, o *coping* com a presença de sintomatologia depressiva e actividades de mestria actividades laborais, actividades de lazer passear) em estudo. Foram ainda submetidas a análise as actividades de lazer: ler, falar com outras pessoas, fazer tricô, ouvir rádio, escutar música e ver televisão.

Fez-se uso do modelo de regressão multinominal com o objectivo de estimar a probabilidade de as variáveis mais salientes neste estudo (Maior/ Menor *coping* de retraimento-conversão-adictividade e actividades laborais) serem predictoras de sintomatologia depressiva por grupos de sintomas (leve, moderada, grave).

5.5- Resultados

5.5.1- Análise Descritiva

Com o objectivo de mais facilmente se poder fazer uma análise das variáveis em estudo quanto às frequências, medias, desvio-padrão e valores máximos e mínimos, apresenta-se no quadro 11 os valores descritivos das variáveis em estudo.

No presente estudo a percentagem de viúvas que apresenta sintomatologia depressiva de modo leve foi de 61,8 (Nn=47), enquanto 26,3% (Nn=20) apresentava moderada ocorrência de sintomatologia depressiva e 11,8% (Nn=9) relatam excessiva presença de sintomatologia depressiva, sendo que 38,1% (Nn=29) dos participantes apresentaria sintomatologia depressiva assinalável.

Quadro11

Estatística descritiva para as variáveis em estudo: Frequências (Fr), Percentagem (%) médias (M), desvio-padrão (SD), valores mínimos (Vm) e máximos (VM)

| Variáveis | Fr | % | M | SD | Vm | VM |
|---------------------------------|------|-------|-------|-------|------|----|
| - Sintomatologia Total (GDS-30) | ---- | ----- | 8,93 | 6,80 | 0 | 27 |
| - Grupos de sintomas D. | | | | | | |
| Leve | 47 | 61,8 | | | | |
| Moderada | 20 | 26,3 | | | | |
| Excessiva | 9 | 11,8 | | | | |
| - Idade | ---- | ---- | 77,37 | 6,22 | 65 | 91 |
| - Tempo de Viuvez em anos | ---- | ---- | 15,00 | 11,56 | 0,30 | 45 |
| - Coping de Controlo | ---- | ---- | 42,14 | 12,09 | 15 | 88 |
| - Coping Retraimento-C-A | ---- | ---- | 28,93 | 7,43 | 17 | 52 |
| - Coping Suporte Social | ---- | ---- | 21,11 | 5,14 | 10 | 32 |
| - Actividades Laborais | | | 1,28 | 0,45 | 1 | 2 |
| Sim | 55 | 72,4 | | | | |
| Não | 21 | 27,6 | | | | |
| - Act. de Lazer: Passear | | | 1,17 | 0,38 | 1 | 2 |
| Sim | 66 | 82,9 | | | | |
| Não | 13 | 17,1 | | | | |

5.5.2- Análise Analítica

a) Hipótese 1: Idade e Sintomatologia Depressiva

Não foram observadas relações entre a sintomatologia depressiva e a idade ($r=0,047$ $p=0,689$). Não foram encontradas diferenças em grau de sintomatologia depressiva entre grupos de idades ($Kw(3)=3,143$; $p=0.370$) ainda que o grupo de viúvas entre os 74 anos e os 77 e 83 e 91 anos obtenham uma pontuação uma maior pontuação em termos de sintomatologia depressiva comparativamente com as viúvas que têm entre 65 e 73 anos e 78 e 82 anos, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas como se pode no quadro 12.

Quadro 12

Médias e testes não paramétricos para ocorrência sintomatologia total (GDS) em função da Idade das viúvas e a Idade por Grupos

| | GDS | | | | |
|-------------------------|----------------|-------|------|-------|-------|
| | m ⁺ | M | SD | r | Kw |
| Idade | | 8,93 | 6,80 | 0,047 | |
| Idade por Grupos | | | | | 3,143 |
| 65 a 73 anos | 34,82 | 7,37 | 5,20 | | |
| 74 a 77 anos | 43,58 | 11,37 | 8,79 | | |
| 78 a 82 anos | 34,20 | 7,74 | 6,41 | | |
| 83 a 91 anos | 43,33 | 9,67 | 5,90 | | |

Nota: * $p<0,05$; ** $p=0,01$; *** $p=0,001$; ⁺Valores Média Rank do teste Kruskal-Wallis

b) Hipótese 2: Tempo de Viuvez e Sintomatologia Depressiva

Não foram observadas relações entre a sintomatologia depressiva e tempo de viuvez ($r=-0,041$ $p=0,726$). Não foram encontradas diferenças em grau de sintomatologia depressiva entre grupos por tempo de viuvez (0-5 anos; 6 a 12 anos; 13 a 20 anos; 20 e mais anos) ($Kw(3)=6,420$; $p=0.093$), ainda que as viúvas que possuem até cinco anos de viuvez e entre 13 e 20 anos, sejam aquelas que apresentam maiores pontuações comparativamente com as viúvas de 6 a 12 anos e com mais de 20 anos como podemos constatar no quadro 13.

Quadro 13

Média e testes não paramétricos para ocorrência sintomatologia total (GDS) em função do Tempo de Viuvez

| | GDS | | | | |
|-----------------------------------|----------------|-------|------|-------|-------|
| | m ⁺ | M | SD | r | kw |
| Tempo de Viuvez | | 8,93 | 6,80 | 0,041 | |
| Tempo de viuvez por Grupos | | | | | 6,420 |
| 0,3 a 5 anos | 40,60 | 9,25 | 6,31 | | |
| 6 a 12 anos | 32,68 | 7,55 | 6,83 | | |
| 13 a 20 anos | 44,68 | 11,77 | 8,83 | | |
| Mais de 20 anos | 36,89 | 7,79 | 4,74 | | |

Nota: *p<0,05; **p=0,01; ***p=0,001; ⁺Valores Média Rank do teste Kruskal-Wallis

c) Hipótese 3: Coping Controlo e Sintomatologia Depressiva

Não foram observadas relações significativas entre a sintomatologia depressiva e as estratégias de coping de controlo ($r=-0,191$ $p=0,098$). Foi possível verificar que os sujeitos com menor *coping* de controlo apresentam maiores pontuações de sintomatologia depressiva quando comparados com sujeitos com maior *coping* de controlo, contudo as diferenças em grau existentes de sintomatologia depressiva não são estatisticamente significativas ($U=553.500$; $W=1294,500$; $p=0,079$) como podemos verificar no quadro 14.

Quadro14

Médias e testes não paramétricos para a ocorrência sintomatologia total (GDS) em função do Coping Controlo

| | GDS | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|-------|------|-------|---------|----------|
| | m ⁺ | M | SD | r | U | W |
| Coping de Controlo | | 8,93 | 6,80 | -0,19 | | |
| Grupos: Coping de Controlo | | | | | 553.500 | 1294,500 |
| Menor Coping | 42,93 | 10,16 | 7,05 | | | |
| Maior Coping | 34,07 | 7,71 | 6,40 | | | |

Nota: *p<0,05; **p=0,01; ***p=0,001; ⁺Valores Média Rank do teste Wilcoxon-Mann-Whitney

d) Hipótese 4: Coping Retraimento-Conversão-Adictividade e Sintomatologia Depressiva

Foram observadas relações moderadas entre a sintomatologia depressiva e as estratégias de *coping* retraimento-conversão-adictividade ($r=0,46$ $p=0,000$). Os participantes com maior *coping* de retraimento-conversão-adictividade apresentam pontuações de sintomatologia depressiva mais elevadas, do que os participantes que apresentam menor retraimento-conversão-adictividade, estas diferenças são estatisticamente significativas ($U=4080.000$; $W=1398,000$; $p=0,002$) como se pode verificado no quadro 15 e na figura 7.

Quadro15

Média e testes não paramétricos para a ocorrência sintomatologia total (GDS) em função do *Coping* de Retraimento- Conversão-Adictividade

| | GDS | | | | | |
|---|----------------|-------|------|---------|-----------|------------|
| | m ⁺ | M | SD | r | U | W |
| Coping de Controlo | | 8,93 | 6,80 | 0,47*** | | |
| Grupos: Coping de Retraimento- Conversão- Adictividade | | | | | 553.500** | 1294,500** |
| Menor Coping | 31,77 | 6,91 | 5,75 | | | |
| Maior Coping | 47,75 | 11,71 | 7,72 | | | |

Nota: *p<0,05; **p=0,01; ***p=0,001; ⁺Valores Média Rank para o teste Wilcoxon-Mann-Whitney

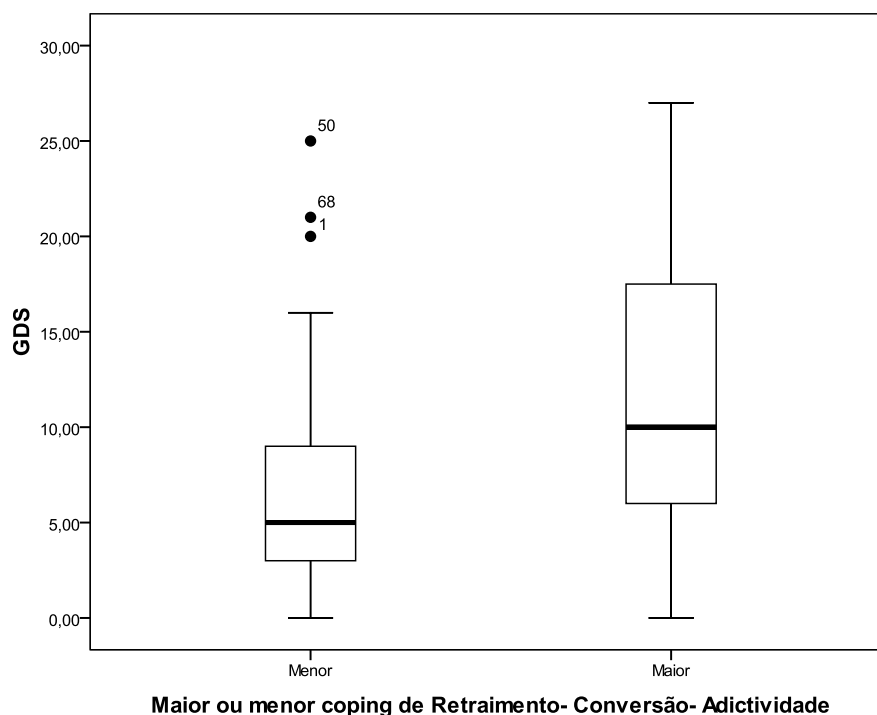


Figura 7. Distribuição da ocorrência de sintomatologia por maior ou menor coping de retraimento-conversão-adictividade (média; 1 e 3 quartil; valor máximo e mínimo). Observaram-se *outliers*

e) Hipótese 5: *Coping* Suporte Social e Sintomatologia Depressiva

Não foram observadas relações significativas entre a sintomatologia depressiva e as estratégias de coping de suporte social ($r=-0,073$ $p=0,529$). Os participantes com menor de *coping* de suporte social apresentam pontuações de sintomatologia depressiva mais elevadas do que os participantes que apresentam maior *coping* suporte social. Contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas ($U= 690.000$; $W=1356,000$; $p=0,754$). No quadro 16 apresenta-se a síntese destes dados.

Quadro16

Média e testes não paramétricos para a ocorrência sintomatologia total (GDS) em função do *Coping* de Suporte Social

| | GDS | | | | | |
|---|----------------|------|-------|---------|---------|----------|
| | m ⁺ | M | SD | r | U | W |
| Coping de Controlo | 8,93 | | 6,80 | - 0,073 | | |
| Grupos: Coping de Suporte Social | | | | | 690.000 | 1356,000 |
| Menor Coping | 39,25 | 9,23 | 22,73 | | | |
| Maior Coping | 37,67 | 8,61 | 21,49 | | | |

Nota: *p<0,05; **p=0,01; ***p=0,001; ⁺Valores Média Rank para o teste Wilcoxon-Mann-Whitney

f) Hipótese 6: Actividades Laborais e Sintomatologia Depressiva

Foram observadas relações moderadas entre a sintomatologia depressiva e as actividades laborais ($r=0,327$ $p=0,004$). Os participantes que fazem actividades de tipo laboral apresentam pontuações de sintomatologia depressiva menos elevadas do que os participantes que não fazem actividades laborais. Estas diferenças são estatisticamente significativas ($U= 334.000$; $W=1874,000$; $p=0,005$) como se pode constatar no quadro 17 e figura 8.

Quadro17

Médias e testes não paramétricos para a ocorrência sintomatologia total (GDS) em função das Actividades Laborais

| | GDS | | | | | |
|-----------------------------|----------------|-------|------|--------|-----------|------------|
| | m ⁺ | M | SD | r | U | W |
| Actividades Laborais | | | | 0,33** | 334.000** | 1874,000** |
| Sim | 34,07 | 7,45 | 5,71 | | | |
| Não | 50,10 | 12,81 | 7,97 | | | |

Nota: * p<0,05; ** p=0,01; *** p=0,001; ⁺Valores Média Rank para o teste Wilcoxon-Mann-Whitney

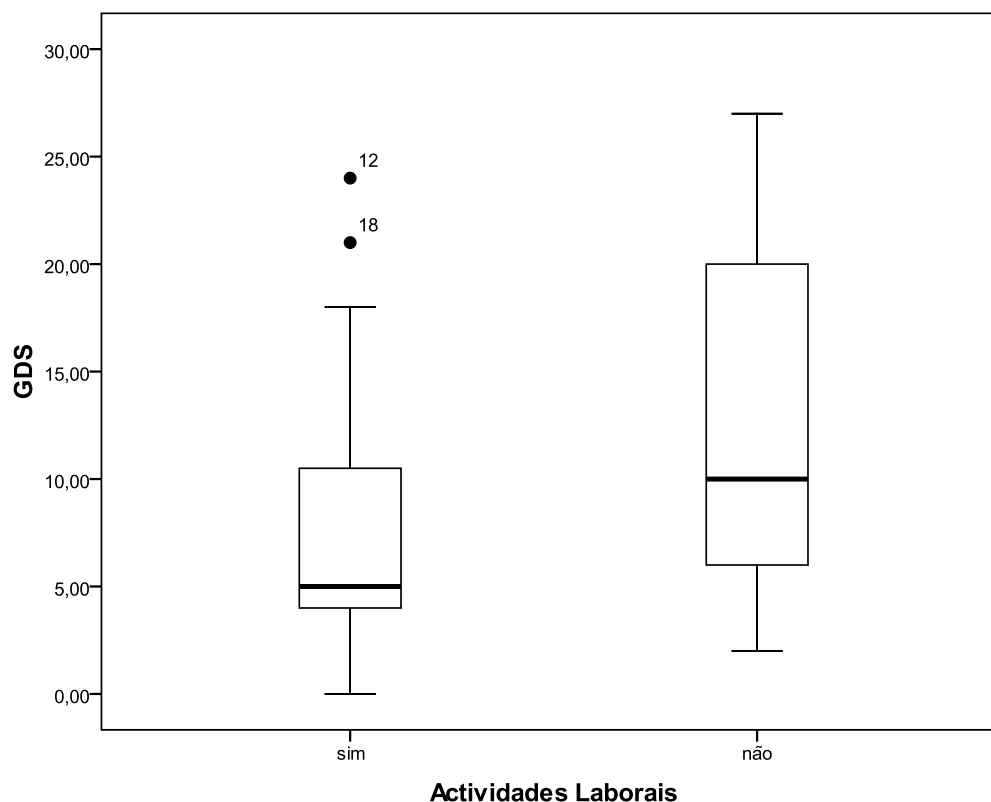


Figura 8. Distribuição da ocorrência de sintomatologia por actividades laborais (média; 1 e 3 quartil; valor máximo e mínimo). Observaram-se *outliers*

g) Hipótese 7: Actividades de Lazer-Passear e Sintomatologia Depressiva

Foram observadas relações moderadas entre a sintomatologia depressiva e as actividades laborais ($r=0,371$ $p=0,001$). Os participantes que fazem actividades de lazer-passear apresentam pontuações de sintomatologia depressiva menos elevadas, do que os participantes que não fazem actividades de lazer-passear. Estas diferenças são estatisticamente significativas ($U= 177,500$; $W=2193,500$; $p=0,001$). No quadro 18 apresenta-se uma síntese destes resultados, podendo ser constatados graficamente na figura 9.

Quadro18

Médias e testes não paramétricos para a ocorrência sintomatologia total (GDS) em função das Actividades Lazer-Passear

| | GDS | | | | | |
|-----------------------------|-------|-------|------|---------|------------|-------------|
| | m+ | M | SD | r | U | W |
| Actividades Laborais | | | | 0,37*** | 177.500*** | 2179,500*** |
| Sim | 34,82 | 7,75 | 6,05 | | | |
| Não | 56,10 | 14,69 | 7,45 | | | |

Nota: * $p<0,05$; ** $p=0,01$; *** $p=0,001$; +Valores Média Rank para o teste Wilcoxon-Mann-Whitney

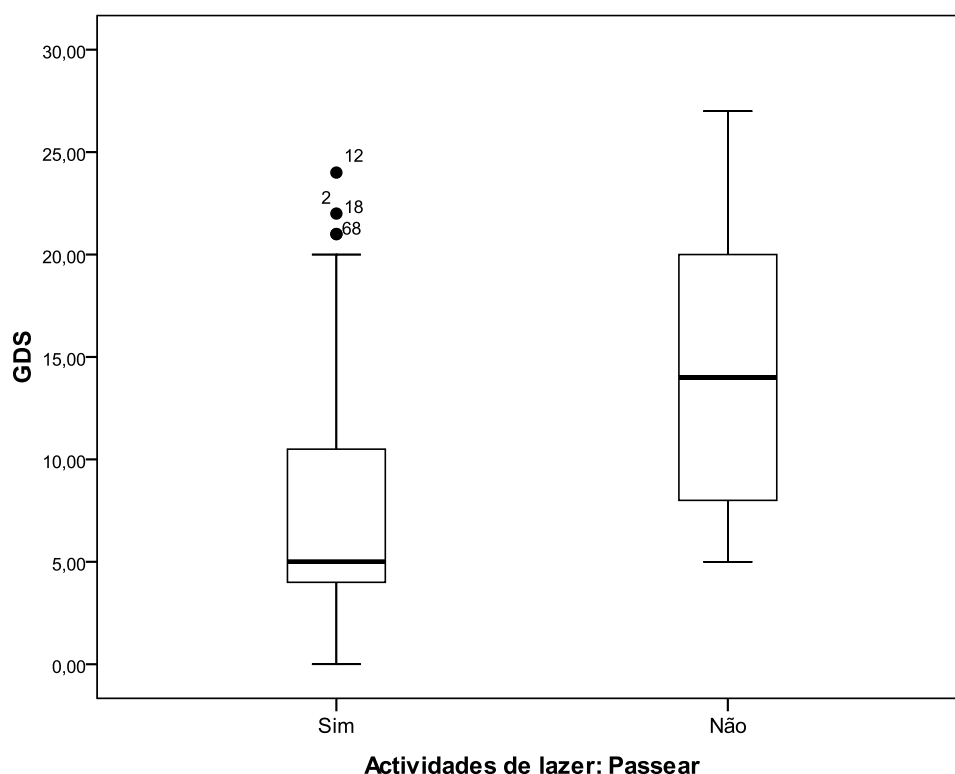


Figura 9. Distribuição da ocorrência de sintomatologia por actividades de lazer: passear (média; 1 e 3 quartil; valor máximo e mínimo). Observaram-se *outliers*

Para as actividades de lazer, ver televisão, ouvir música, escutar a rádio, fazer tricô e conversar com outras pessoas, não foram encontradas relações nem diferenças estatisticamente significativas com a sintomatologia depressiva.

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade de cada uma das classes a sintomatologia depressiva (leve, moderada e grave) acontecer em função das estratégias de *coping* de retraimento-conversão-adictividade (Menor-Maior) e das actividades laborais. O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(4)=19,171$; $p=0,001$). No quadro 19 podem ser consultadas as probabilidades que o modelo apresenta. De sublinhar apenas os valores mais extremos: a probabilidade de uma viúva com mais de 65 anos ter sintomatologia depressiva leve é de 80,3% quando faz menor uso de estratégias de *coping* de retraimento-conversão-adictividade e se envolve em actividades laborais, enquanto a probabilidade de apresentar sintomatologia grave é de 1,9%. Por outro lado, a probabilidade de ter sintomatologia depressiva grave é de 46,2% quando faz maior uso de estratégias de *coping* de retraimento-conversão-adictividade e não executa actividades laborais. A capacidade preditiva do modelo é de 63,2%, contudo o modelo mostra-se mais robusto enquanto preditor de sintomatologia depressiva leve (86,8%) do que preditor de

sintomatologia depressiva grave (13,2%) e para a sintomatologia depressiva moderada o modelo não revela capacidade preditiva.

Quadro19

Modelo de regressão multinominal: Frequências observadas e previstas

| Actividades Laborais | Retraimento | Sintomas Depressivos | Frequências | | | Porcentagem | |
|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|----------|---------------------|-------------|----------|
| | | | Observadas | Preditas | Pearson Residual | Observadas | Preditas |
| Sim | Menor | Leve | 27 | 26,491 | ,223 | 81,8% | 80,3% |
| | | Moderada | 6 | 5,885 | ,052 | 18,2% | 17,8% |
| | | Grave | 0 | ,623 | -,797 | ,0% | 1,9% |
| | Maior | Leve | 11 | 11,509 | -,217 | 50,0% | 52,3% |
| | | Moderada | 9 | 9,115 | -,050 | 40,9% | 41,4% |
| | | Grave | 2 | 1,377 | ,549 | 9,1% | 6,3% |
| Não | Menor | Leve | 6 | 6,509 | -,312 | 54,5% | 59,2% |
| | | Moderada | 2 | 2,115 | -,088 | 18,2% | 19,2% |
| | | Grave | 3 | 2,377 | ,457 | 27,3% | 21,6% |
| | Maior | Leve | 3 | 2,491 | ,372 | 30,0% | 24,9% |
| | | Moderada | 3 | 2,885 | ,080 | 30,0% | 28,9% |
| | | Grave | 4 | 4,623 | -,395 | 40,0% | 46,2% |

As percentagens são baseadas no total das frequências observadas em cada população

5.6- Discussão de Resultados

Na literatura, o estudo do *coping* e sintomatologia depressiva em viúvos idosos é um tema muito particular do estudo do envelhecimento. Tendo em conta estas três características em particular, *coping*, sintomatologia depressiva e idosos viúvos, apenas um estudo foi encontrado. Este estudo foi realizado por Bennett, Smith e Hugues, (2005a), sob o título “*Coping, depressive feelings and gender differences in late life widowhood*”, fazendo uso de medidas diferenciadas das utilizadas neste estudo. Logo não foi encontrado nenhum estudo que fizesse uma análise das medidas Escala Toulousiana de *Coping* e a GDS, o que torna mais ainda mais difícil a comparação dos resultados obtidos. Contudo na literatura, o estudo da sintomatologia depressiva em viúvos idosos é mais frequente ou em associação com outras variáveis, que não foram tidas neste estudo, o que possibilita contrastar resultados, ainda que salvaguardando as diversas diferenças.

Neste estudo realizado em termo de epidemiologia de sintomatologia depressiva significativa em idosas viúvas foi de 38,2%, sendo que 11,8% apresentavam sintomatologia depressiva severa. Estes dados são aproximados aos obtidos no primeiro estudo epidemiológico feito com viúvos que foi de 35% (Clayton *et al.*, 1972). Num estudo levado a cabo com viúvos com 6 a 18 meses de lutos por Bonnano e colaboradores (2002) os valores da incidência de sintomatologia depressiva tende a ser mais abrangente em termos populacionais: Reações de tristeza crónica 15.6%; Depressão crónica 7.8%; depressão leve 45.9%; 10.2% depressão grave. Também valores elevados foram encontrados por Pahkala (1990) em mulheres viúvas da ordem dos 54%. Contudo existem outros estudos em que os valores encontrados quanto à prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres viúvas são relativamente mais baixos. Por exemplo o estudo levado a cabo por Von Grootheet, Beekman, Von Groenou, e Deeg (1999) a incidência de sintomas depressivos significativos foi de 27% ou o estudo levado a cabo por Pahkala (1995) a prevalência encontrada foi de 19,5%.

Quando comparados os dados epidemiológicos neste estudo com aqueles que foram feitos com idosos independentemente do seu estado marital os valores tendem a diminuir, como por exemplo o estudo levado a cabo por Barreto (1984) em Portugal, onde a incidência de sintomatologia depressiva foi da ordem dos 24,3 %, sendo que desta: 7,5% dizem respeito a depressões graves e 1,2,% dizem respeito a depressões reactivas a uma situação clínica de saúde física, independentemente do género. Comparando os resultados obtidos neste estudo com outros estudos internacionais mais recentes, a prevalência da sintomatologia depressiva grave e moderada para mulheres idosas também é diversa: 31% (Faria, Barreto, & Passos,

2008); 35,1% (Nardi & Andrade, 2005); a prevalência de depressão segundo os critérios do DSM-III foi de 16,5% da população total, 14,4% para os homens e 17,9% para as mulheres (Pahkala, *et al.*, 1995); prevalência de depressão em idosos (25%): 25% nas mulheres e 23,5% nos homens (Meller *et al.*, 1997). Porém não existe consenso quanto à prevalência de sintomas depressivos e à existência de diferenças entre os diversos grupos etários populacionais. Snowdon (2002) defende que não existe nenhuma evidência forte de que a sintomatologia depressiva tenha um prognóstico pior nos idosos, do que em outras idades, sendo a depressão major é menos comum nos idosos.

De acordo com Barreto (1984) e Pahkala (1994) as diferenças quanto à prevalência da sintomatologia depressiva encontradas nos diversos estudos devem-se aos critérios utilizados nos diversos estudos, mais ou menos selectivos, dependendo também dos instrumentos utilizados e das metodologias utilizadas. A mesma conclusão é defendida por Pahkala e colaboradores (1995), tendo em conta que os dados epidemiológicos em termos de sintomatologia neste estudo são também eles diversos da literatura, porque faz uso de medidas distintas da grande maioria dos estudos que utilizam o BDI e o CES-D.

Contudo é possível verificar que a sintomatologia depressiva afecta mais as mulheres e particularmente as mulheres idosas viúvas, sendo o grupo que tende a apresentar maior prevalência de sintomatologia depressiva comparativamente com outros grupos populacionais (Pahkala, 1991; Pahkala *et al.*, 1995; Bonnano *et al.*, 2004; Lima, Silva & Ramos, 2009; Trentini, Werlang, Xavier & Argimon, 2009; Gameiro *et al.*, 2008; Wilcox *et al.*, 2003); (Bennett, 1997, 1998; Gallagher, Breckenridge, Thompson & Peterson, 1983; Zisook; Paulus, Shuchter & Judd, 1997; Bennett, 1997, 1998, citados em Bennett, Smith & Hugues, 2005a), o que lança grandes desafios em termos de intervenção clínica dada a especificidade deste grupo populacional.

Neste estudo parece que as viúvas não apresentam diferenças em termos de sintomatologia depressiva em função da idade. Ainda que tenham sido encontradas diferenças, sendo as viúvas entre os 73 e 77 anos e as viúvas entre os 83 e os 91 anos, aquelas que apresentam maior pontuação em termos de sintomatologia depressiva, estas diferenças não foram estatisticamente significativas. Também Bennett e Morgan (1992) defendem que não existem evidências de que a sintomatologia depressiva aumente em função da idade, especificamente em mulheres viúvas, onde a idade não é um factor preditor de sintomatologia depressiva em viúvas (Bennett, Smith & Hugues, 2005a). Isto leva-nos a rejeitar a hipótese de que nas mulheres idosas viúvas a sintomatologia depressiva aumente em função da idade.

Mendes-de-leão e colaboradores (citado em Bannett, 1997) não encontraram diferenças estatisticamente significativas em termos de sintomatologia depressiva em função da idade, nos idosos com mais de 75 anos. Porém encontraram em termos de sintomatologia depressiva, quando se trata de viúvas entre os 65 e os 75 anos, sendo que este grupo apresentava sintomatologia depressiva mais elevada, mas permanecendo elevada para além do primeiro ano de viuvez.

De acordo com Burgos, Neri e Cupertino (2008) os idosos entre os 65 e os 69 tendem a apresentar maior sintomatologia depressiva comparativamente com os idosos mais velhos. Contudo estamos a falar de idosos e não propriamente de viúvos ou viúvas.

Ainda que tenham sido encontradas neste estudo diferenças em termos de pontuação de sintomatologia depressiva em viúvas em função do tempo da viuvez estas não foram estatisticamente significativas, o que vai de encontro com o estudo realizado por Field e Friedrichs (2004) os quais também não encontraram diferenças estatisticamente significativas em termos de sintomatologia depressiva utilizando a escala *Beck depression Inventory*. O mesmo foi encontrado por Bonnano, Papa e O'Neill (2002) que não houve mudança significativa em termos de sintomatologia em viúvos seis meses antes da perda/seis meses após a perda/ 18 meses após a perda, sendo as diferenças pequenas ou transitórias, em vez de serem significativas a longo prazo. Tompson e colaboradores (citado em Bannett, 1997a) também não encontraram diferenças significativas de sintomatologia depressiva após 30 meses de luto em função da idade. A recorrência de sintomas depressivos ao longo da viuvez é algo comum a médio e longo prazo. De acordo com Lund e colaboradores, Zisook e colaboradores e Harlow e colaboradores (citados em Bannett, 1997a) prevalência de sintomas depressivos vai para além dos dois anos de viuvez. Este achado é confirmado por Pahkala (1990) quando compara viúvas sem sintomatologia depressiva e com sintomatologia depressiva com 12 a 17 anos de viuvez, verificando que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos em termos de sintomatologia depressiva.

Bannett no seu estudo longitudinal (1997a; 1997b) defende que quando são encontradas diferenças em função do tempo de viuvez, estas advêm da diminuição basal dos efeitos do luto, mas a sintomatologia depressiva mantêm-se igualmente elevada. Os efeitos a longo prazo do luto parecem ilustrar um padrão mais complexo de sintomatologia depressiva de que uma simples queda ou redução de sintomatologia depressiva com o passar dos anos (Bannett, 1997b), dado que é importante distinguir o processo de luto da sintomatologia depressiva (Bannett, 2005a). Segundo Pahkala (1990) esta permanência de sintomas depressivos ao longo do tempo da viuvez pode dever-se: a um problema grave de saúde na

viúva ou em alguém significativo, ou de dificuldades de relacionamento familiar ou social, ou devido à mudança de residência para uma instituição. A prevalência de sintomas a curto prazo pode dever-se aos efeitos do luto, ao falecimento de um amigo ou alguém significativo. Pahkala (1990) verificou ainda, que a sintomatologia depressiva está relacionada com a não existência de uma amizade íntima, pobre participação social, baixo número de actividades de lazer e a ocorrência sistemática de factores *stressores*.

Os valores obtidos para a consistência interna da Escala Toulousiana de *Coping* embora ($\alpha= 0.645$) sejam considerados aceitáveis, a literatura sobre as estratégias de *coping* regista baixos índices de consistência interna, em razão das pessoas fazerem uso de diferenciadas estratégias de *coping* em função de cada situação a particular, dado que as estratégias de *coping* são de natureza multidimensional (Fontes *et al.*, 2008).

Os autores da adaptação portuguesa da Escala Toulousiana de *Coping* (Tap *et al.*, 2005) definem o *coping* de controlo como consistindo na capacidade de autocontrolo, na coordenação comportamental e contenção emocional face à situação. De acordo com P. Tap e colaboradores (2005) o *coping* retraimento-conversão-adictividade está associado a rupturas na interacção social, a um evitamento de contacto, a um afastamento dos outros, uma tentativa para esquecer o problema ou pensar no problema, refugiando-se no imaginário ou no sonho, adoptando comportamentos defensivos de ingestão de medicamentos, comidas ou drogas. Por outro lado o *coping* conversão implica mudanças a nível dos comportamentos, das posições cognitivas ou de valores.

Neste estudo verificou-se que a sintomatologia depressiva está associada modo significativo ao *coping* de controlo, verificando-se que as viúvas que possuem menor *coping* de controlo tendem a apresentar maiores níveis de sintomatologia depressiva, por outro lado as viúvas que apresentam maior *coping* de controlo tendem a apresentar menores níveis de sintomatologia depressiva, porém neste estudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas. Contudo parece que o *coping* de controlo é capaz de ser predictor de sintomatologia depressiva em viúvas idosas. A esta mesma conclusão chegaram Bennett e colaboradores (2005a; 2005b) no seu estudo, assim como também revelam que a sintomatologia depressiva é mais predizível por meio do *coping* nas mulheres do que nos homens, ainda que estes sejam menos “*no-copers*”.

Em suma não se rejeita a hipótese de que, além do *coping* se associar à sintomatologia depressiva, também não se rejeita a hipótese de existirem diferenças significativas, em termos de sintomatologia depressiva, entre sujeitos que fazem que fazem uso de estratégias de *coping*

de controlo. Ainda que essas diferenças não tenham sido encontradas existem indícios bibliográficos que sustentam esta hipótese.

Por outro lado neste estudo verificou-se que a sintomatologia depressiva está positivamente associada de modo significativo ao *coping* de retraimento-conversão-adictividade. As viúvas que possuem maior *coping* de retraimento-conversão-adictividade tendem a apresentar significativamente maiores níveis de sintomatologia depressiva, por outro lado as viúvas que apresentam menor *coping* de retraimento-conversão-adictividade tendem a apresentar significativamente menores níveis de sintomatologia depressiva.

De acordo com Wang e Patten (2002) diferentes estratégias de *coping* podem ter um impacto diferencial na prevalência da sintomatologia depressiva em circunstâncias específicas. Fortes e colaboradores (2008) defendem que os idosos com sintomatologia depressiva possuem um *coping* focado no controlo, na adequação ao ambiente e em estratégias relacionadas com um aumento de emoções negativas. Segundo eles existe um maior risco para a sintomatologia depressiva quando o foco se encontra nas estratégias de *coping* de emoções negativas, em excessos comportamentais e em comportamentos de risco. As estratégias de *coping* usadas para reagir com os *stressores* foram o factor que mais influenciou a presença de sintomatologia depressiva. Os idosos deprimidos foram aqueles que adoptaram no confronto com o *stress* comportamentos de risco ou o uso de medicação para controlar a ansiedade, abuso de substâncias e de comida, e de expressões negativas de hostilidade e agressividade. De acordo com os mesmos autores a expressão deste tipo de *coping* pode ser útil a curto prazo, porém a longo prazo pode trazer consigo, prejuízo na saúde física, problemas de relacionamento interpessoal. Estas experiências de *coping* negativo foram sobretudo significativas para as mulheres. Os mesmos autores verificaram que existe uma associação mais forte entre o *coping* negativo e a presença de sintomatologia depressiva do que entre a sintomatologia depressiva e os *stressores* em si, sem desconsiderar a importância que estes têm na sintomatologia depressiva. Contudo convém salvaguardar que este estudo foi realizado com idosos e não com viúvos.

Fortes e colaboradores (2008) sugerem ainda que a idiosincrasia de cada idoso pode contribuir mais para um maior grau de sintomatologia depressiva nos idosos do que os *stressores* ambientais em si mesmo. O resultado de ajustamento psicológico a cada situação (interacionista-situacional) joga-se em função das estratégias de *coping* adoptadas por cada um, resultando em formas positivas como resultado de confronto (*coping*) positivo e auto eficácia ou em formas negativas como disforia emocional ou mesmo sintomas depressivos.

Também de acordo com Greenglass (2002) os viúvos que têm *coping* proactivo apresentam correlações moderadas e negativas com a sintomatologia depressiva. Também o *coping* que se caracteriza pela passividade e catastrofização está associado a maiores níveis de sintomatologia depressiva (Mellegård, Grossi & Soares, 2001).

Em razão do exposto, as estratégias de *coping* retraimento-conversão-adictividade, parecem ser aquelas que mais se evidenciam como predictoras de maiores níveis de sintomatologia depressiva, não rejeitando o pressuposto da hipótese 4.

Relativamente ao *coping* suporte social neste estudo não foram encontradas associações com a sintomatologia depressiva, ainda que as viúvas com menor *coping* de suporte social tendam a apresentar maiores níveis de sintomatologia comparativamente com as viúvas que apresentam maior *coping* de suporte social. De acordo com Trap e colaboradores (2005), o *coping* de suporte social caracteriza-se pelo desejo e necessidade de ajuda, quer pelo envolvimento com outras pessoas quer pela necessidade de compreensão por parte dos outros, tais como necessidade de escuta, de conforto de reconhecimento ou de conselhos. De acordo com Stroebe e colaboradores (1999) não existe nenhuma relação entre o suporte social e os sintomas depressivos. De modo semelhante Miller e colaboradores (2004) constataram que a percepção de suporte social não exerce nenhuma influência no ajustamento psicológico à viuvez. Também Kanacki e colaboradores (1996) comparando viúvos e viúvas, verificaram que existia uma relação negativa entre o suporte social percebido e a sintomatologia depressiva, porém não verificaram a existência de diferenças significativas em termos de sintomatologia depressiva quando esta está em função do suporte social percebido e recebido. Porém não se pode esquecer que aquilo que está aqui em discussão não é o suporte social que as viúvas recebem passivamente, mas o suporte social que as viúvas activamente procuram.

As actividades laborais categorizadas neste estudo não-de ser entendidas neste estudo, mais como actividades de mestria realizadas por gozo, dado que para a totalidade das viúvas não existe um claro benefício económico que possam retirar dessas acções. As actividades “laborais” e de lazer - passear estão associadas de modo significativo a menor sintomatologia depressiva nas viúvas idosas. Este achado vai de encontro ao estudo realizado por M. Janke, G. Nimrod & D. Klieber (2008). Segundo estes, os padrões de lazer estão associados à sintomatologia depressiva. Os viúvos que continuam a relacionar-se com familiares e amigos, que participam em associações, que passeiam, que fazem jardinagem ou desporto, apresentam menor sintomatologia depressiva, por outro lado os viúvos que diminuíram a sua frequência neste tipo de actividades reportam significativamente maior sintomatologia depressiva.

Envolver-se em actividades de voluntariado por parte dos viúvos é tido como um factor protector da sintomatologia depressiva (Li, 2007).

O modelo de regressão multinominal permite-nos inferir que prática de actividades laborais juntamente com o menor uso de estratégias de *coping* de retamento-conversão-adictividade são predictoras de ocorrência de menor sintomatologia depressiva. Para o inverso o modelo tem fraca capacidade predictiva.

6- Conclusões do Estudo

Como síntese deste trabalho gostaria de repisar alguns aspectos que merecem renovada atenção.

Em primeiro lugar o elevado índice de sintomatologia depressiva que afecta mais de um terço dos participantes, concordando com outros estudos internacionais, o que do ponto de vista clínico é fundamental minimizar os sintomas depressivos por esta população experienciados.

Em segundo lugar o factor tempo, enquanto tempo de viuvez e idade, parece não se revelar um elemento facilitador, nem suavizador do sofrimento experienciado pelas viúvas. De acordo com a literatura, parece existir um diminuir dos sintomas depressivos a curto prazo como resultado da diminuição dos efeitos de luto, contudo a médio e longo prazo os diversos grupos tendem a apresentar sintomatologia depressiva elevada, podendo eventualmente ser explicável, quer pelo carácter crónico característico deste tipo de sintomatologia quer por se caracterizar por um período de vida, onde contínuas perdas ao longo do processo desenvolvimental são a constante. Do ponto de vista clínico e de intervenção junto deste tipo de participantes, o clínico parece não dever contar com factor tempo, como único factor predictor de melhoria, sem por em risco, ao menos o continuar do sofrimento do paciente.

Em terceiro lugar o *coping* de Controlo parece ser indicador de melhoria em termos de sintomatologia depressiva, contudo à que ter em conta que ele pode não ser eficaz do ponto de

vista clínico se os acontecimentos forem percebidos como incontroláveis. Este dado vem robustecer a prática clínica nomeadamente com este tipo de participantes. O incremento de *coping* de controlo nos sujeitos parece minimizar os impactos resultantes da sintomatologia depressiva.

Em quarto lugar como seria expectável o *coping* Retraimento-Conversão-Adictividade parece relacionar-se positivamente com a sintomatologia depressiva. Isto parece também ser um desafio do ponto de vista clínico ajudar este tipo de participantes a modificar algumas estratégias de *coping* que promovam melhor ajustamento psicológico.

O *coping* de Suporte Social não parece revelar-se como um factor predictor de menor ou maior sintomatologia depressiva neste tipo de participantes. Isto pode dever-se a que as viúvas que procuram aumentar o seu suporte social, pode ser resultado da sua real necessidade motivada pelo seu estado de sofrimento e de perda de autonomia. Esta questão torna-se pertinente em termos de intervenção clínica, o incremento de suporte social se não for percebido como promotor de autonomia poderá ter eventualmente efeitos contraproducentes. Isto foi de facto qualitativamente relatado por diversos participantes, que ainda que recebam apoio directo de familiares, gostam de mater a sua casa e aquilo que lhe é significativo.

As actividades de mestria e lazer: Actividades Laborais e Lazer-Passear parecem ser predictoras de menor sintomatologia depressiva. Porém nem todas as actividades de lazer se revelaram o mesmo impacto. Isto pode eventualmente sugerir duas conclusões pertinentes: nem todas as actividades de lazer e mestria são predictoras de menor sintomatologia depressiva; e do ponto de vista clínico nem todas as actividades de mestria e lazer podem ser tidas como potencialmente benéficas para os pacientes. Esta mostra-se também uma área particular de investigação a ter em conta em investigações futuras.

Este estudo também permitiu concluir ainda, que em investigações futuras é necessário levar a cabo a separação entre os efeitos que são devidos ao luto e os efeitos que são devidos á sintomatologia depressiva em viúvos.

Em suma estas conclusões levantam novos objectivos do ponto de vista da intervenção. Em primeiro lugar sinalizar e remeter as viúvas para intervenções de carácter remediativo, de modo que as viúvas que apresentam sintomatologia depressiva grave possam ver minimizado o seu sofrimento. Por outro lado promover o aparecimento de intervenções com carácter preventivo, que valorizem o desenvolvimento de competências e autonomia para fazer face ao luto e demais situações experienciadas pelas viúvas, envolvendo os demais agentes das comunidades, com vista à diminuição do risco de desenvolvimento de

sintomatologia depressiva durante a viuvez e promoção de melhor ajustamento psicológico. As intervenções não-de assentar não somente naquelas necessidades que são comuns a uma grande maioria dos viúvos, mas também ter em conta as necessidades particulares de cada viúvo, dado que tudo aponta que este grupo populacional se mostra o mais heterogéneo.

Parece-nos de grande utilidade para este tipo de participantes a existência na comunidade de agentes sociais sensíveis a este tipo de problemáticas que pudessem não só prestar uma função pedagógica mas também capazes de sinalizar e referenciar para serviços mais especializados de aconselhamento e de psicoterapia quando necessária. Estas intervenções não podem ser somente de cariz psicológico. Outros técnicos e agentes sociais podem e devem ser envolvidos, não restringindo o apoio à área clínica e da saúde. Agentes jurídicos, agentes do serviço social, poderes autárquicos, agentes de gestão de economias, agentes de animação cultural, associações recreativas e culturais, entidades religiosas ... podem ser uma mais-valia ao quando disponíveis para o apoio aos viúvos.

No presente trabalho algumas limitações devem ser sublinhadas. Em primeiro lugar as participantes foram escolhidas por conveniência, ainda que tenham sido entrevistadas cerca de 50% das viúvas de cada uma das comunidades. Por outro lado, as participantes cingem-se apenas a população residente em meio rural.

Mais se acrescenta. Uma amostra mais alargada possibilitaria uma maior fiabilidade e consistência interna. Ainda que a variável dependente neste estudo siga uma distribuição normal, quando esta é analisada em função das diversas variáveis independentes, não foi possível constatar os pressupostos normalidade e homogeneidade. Isto não possibilitou que fossem aplicados testes estatísticos paramétricos, sem que fossem violados os pressupostos referidos, limitando o leque de opções de análise que poderiam ser utilizadas, assim como também não foi possível beneficiar da robustez estatística que estes testes permitem.

Por outro lado a escala utilizada para avaliar as estratégias de *coping* foi adaptada para Portugal com participantes muito concretos em termos de faixa etária, não havendo pontos de referência estatísticos para a população viúva em particular.

Ao mesmo tempo o investigador é conhecido dos participantes não podendo descortinar se esse conhecimento foi elemento facilitador ou perturbador da veracidade dos dados.

Por outro lado existem um conjunto de variáveis, tais como: *stressores* actuais e anteriores; diagnósticos médicos e internamentos clínicos; trajectos profissionais; entre outras, que não foram tidas neste estudo.

Do ponto de vista pessoal este trabalho foi uma boa oportunidade de aprendizagem não somente pelo prisma académico, mas sobretudo fazer investigação na realidade onde dia-a-dia me deparo com estas dificuldades ou problemáticas.

7- Bibliografia

- Aberg A.C., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K. & Lithel, H. (2005). On Loss of Activity and Independence, Adaptation Improves Life Satisfaction in Old Age – a qualitative Study of Patients' Perceptions. *Quality of Life Research*, 14, 1111–1125
- Ahn, N. (2005). Financial Consequences of Widowhood in Europe: Cross-Country and Gender Differences. *Economic Policy Research Institutes: Working Paper*, 32, 1-17
- Aiken, L.R. (1998). *Human development in Adulthood*. New York. Plenum Press
- American Psychiatric Association – APA. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV*. Lisboa: Climepsi Editores
- Antoniazzi, A.S., Dell'Aglio, D.D. & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de *Coping*: Uma Revisão Teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294
- Arber, S., Davidson, K. & Ginn, J. (2003). Changing Approaches to Gender in Later life. In Ed. Arber, S., Davidson, K. & Ginn, J. *Gender and aging: Changing relationships*. Philadelphia: Open University Press
- Aspinwall, L.G. (2005). The Psychology of Future-Oriented Thinking: From Achievement to Proactive Coping, Adaptation, and Aging. *Motivation and Emotion*, 29(4), 203-235
- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores
- Baptista, M.N., Morais, P.R., Rodrigues, T. & Silva, J.A.C. (2006). Correlação entre Sintomatologia Depressiva e Prática de Atividades Sociais em Idosos. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 77-85
- Barreira, P., Cavaglia, F. & Pires, A.M. (2001). Cognições antecipatórias: Estudo comparativo e correlacional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 101-105
- Barretto, J. (1984). Envelhecimento e Saúde Mental: Estudo de epidemiologia Psiquiátrica. *Faculdade de Medicina do Porto*
- Bennett, K.M, Hughes, G.M. & Smith, F.T. (2005b). Psychological Responses to Later Life Widowhood: Coping and the Effects of Gender. *Omega*, 51(1), 33-52
- Bennett, K.M, Smith, P.T. & Hughes, G.M. (2005a). Coping, Depressive Feelings and Gender Differences in Late Life Widowhood. *Aging & Mental Health*, 9(4), 348–353
- Bennett, K.M. (1997a). Widowhood in elderly women: the medium- and long-term effects on mental and physical health. *Mortality*, 2(2), 137-148

- Bennett, K.M. (1997b). A longitudinal Study of Wellbeing in Windowed women. *International Journal of Geriatric Psychology*, 12: 61-66
- Bennett, K.M., Hughes, G.M. & Smith, P.T. (2003). "I Think a Woman Can Take it": Windowed Men's Views and Experiences of Gender Differences in Bereavement. *Ageing International*, 28(4), 408-424.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28
- Bonanno, G.A., Galea, S., Bucchiarelli, A. & Vlahov, D. (2006). Psychological Resilience After Disaster: New York City in the Aftermath of the September 11th Terrorist Attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186
- Bonnano, G.A., Wortman, C.B. & Nesse, R.M. (2004). Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment During Widowhood. *Psychology and Aging*, 19(2), 260-271
- Bonnano, G.A., Wortman, C.B., Lenman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Car, D. & Nesse, R.M. (2002). Resilience to Loss and Chronic Grief: A Prospective Study From Preloss to 18-Months Postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164
- Borges, V.T. (2007). Casamento, Maternidade e Viuvez: Memórias de Mulheres Hansenianas. *Revista Brasileira de História*, 27(54), 109-125
- Brammer, L.M. (1992). Coping with Life Transitions. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 15, 239:253
- Breault, K. D. & Kposowa, A.J. (1997). The Effects of Marital Status on Adult Female Homicides in the United States. *Journal of Quantitative Criminology*, 11(13), 217-230
- Brucki, S., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. & Okamoto, I. (2003). Sujeções para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3B), 777-781
- Burgos, A.C.G.F., Neri, A.L. & Cupertino, A.P.F.B. (2008). Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Auto- Eficácia e sintomas Depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia Reflexão Crítica*, 21(1), 74-82
- Burkhauser, R. & Duncan, G. (1991). United States public policy and the elderly: The disproportionate risk to the well-being of women. *Journal of Population Economics*, 4, 217-231
- Burns, R.B. (1991). *Essential Psychology*. 2^aEd. Oxford: Alden press.
- Caldwell, K. & Boyd, C. (2009). Coping and Resilience in Farming Families Affected by Drought. *Rural Remote Health*, 9(2), 1088-1098

- Carnelley, K.B., Wortman, C.B. & Kessler, R.C. (1999). The Impact of Widowhood on depression: Findings from a prospective Survey. *Psychological Medicine*, 29, 1111-1123
- Carrilho, M.J. & Patrício, L. (2002). Situação Demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos-INE*. 34, 147-176
- Caserta, M.S. & Lund, D.A. (2007). Toward the Development of an Inventory of Daily Widowed Life (IDWL): Guided by the Dual Process Model of Coping Withbereavement. *Death Studies*, 31, 505–535
- Casler, J.M. (1999). Aging and Opportunity: Growing Older in Clara Reeve’s School for Widows. *Journal of Aging and Identity*, 4(2), 111-126
- Coifman, K.G., Bonanno, G.A., Ray, R.D. & Gross, J.J. (2007). Does Repressive Coping Promote Resilience? Affective–Autonomic: Response Discrepancy During Bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 745–758
- Coleman, R., Morison, L. Katie Paine, K., Powell, R.A., & Walraven, G. (2006). Women’s reproductive health and depression: A community survey in the Gambia, West Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 720–727
- Cotton-Huston, A.L. & Johnson, D.V. (1998). Brief Report: Daughters and Mothers: Age Differences in Relationship Descriptions and Communicative Desires. *Journal of Adult Development*, 5(2), 117-123
- Desmond, D. M., Shevlin, M. & MacLachlan, M. (2006). Dimensional Analysis of Coping Strategy Indicator in a Sample of Elderly Veterans with Acquired Limb Amputations. *Personality and Individual Differences*, 40, 249–259
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage
- Dias, P.B. (2004). A influência do Cristianismo no conceito de casamento e de vida privada na Antiguidade Tardia. *Ágora: Estudos Clássicos em Debate*, 6, 99-133
- Dozois, D.J.A & Dobson, K.S. (2002). Depression. In Martin, M.M & Barlow, D.H. (Coord). *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. New York/London: The Guilford Press
- Ebrahimi-Nejad, G. & Ebrahimi-Nejad, A. (2006). Relationship between Coping Strategies, Personality Traits and Psychological Distress in Bam Earthquake Survivors. *Iran Journal the Medecine end Sience*, 31(4), 191-195
- Ewart, C.K., Jorgensen, R.S., Suchaday, S., Chen, E. & Mattheus, K.A. (2002). Measuring Stress Resilience and Coping in Vulnerable Youth: The Social Competence Interview. *Psychological Assessment*, 14(3), 339–352
- Faria, A.C.N.B., Barreto, S.M. & Passos, V.M.A. (2008). Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(3), 175-182

- Ferreira, L.C. Leão, N.C. & Andrade, C.C. (2008). Viuvez e Luto sob a Luz da Gestalt-Terapia: Experiência de Perdas e Ganhos. *Revista de Abordagem Gestaltica*, 14(2), 153-160
- Ferreira, M.D (2007). Sentido Interno de Coerência. *Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação: Universidade do Porto*. Repositório Aberto. Retirado a 30 de Novembro de 2009. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9516/2/Sentido%20interno%20de%20coerencia.pdf>
- Field, N.P. & Friedrichs, M. (2004). Continuing Bonds in Coping with the Death of a Husband. *Death Studies*, 28, 597-620
- Florez, S.D. (2002). Duelo. *Anales Sis San Navarra*. 25 (Supl.3), 77-85.
- Folta, J.R. & Deck, E.S. (1987). Elderly Black Widows in Rural Zimbabwe. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 2, 321-342.
- Fonseca, A.M. (2007). Subsídios para uma Leitura Desenvolvimental do Processo de Envelhecimento. *Psicologia Reflexão Crítica*. 20(2), 277-289
- Fonseca, C.B. (2008). Como definir os objectivos e as hipóteses de um estudo?. In Médicos de Medicina Geral e Familiar. *Investigação Passo a Passo*. Lisboa: Focom XXI, Lda.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M.C., Simões, M., Rijo, D. Quartilhos, M.J., Paredes, T. & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida na População em Geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 103-112
- Gamenen, E.V. & Woittiez, I. (2005). Transitions between Care Provisions Demanded by Dutch Elderly. *Health Care Management Science*, 8, 299–313
- Gierveld, J.J. (2002). The Dilemma of Repartnering: Considerations of Older Men and Women Entering new Intimate relationships in Later Life. *Ageing International*, 27(4), 61-78.
- Glaser, K., Tomassini, C. Racioppi, F. & Stuchbury, R. (2006). Marital disruptions and loss of support in later life: a longitudinal study of the United Kingdom. *European Journal of Ageing*, 3, 207–216
- Gomberg, E.S.L. (1995). Older Women and Alcohol: Use and Abuse. In Galanter M. (1995) *Recent Developments in Alcoholism: Women and Alcoholism*. New York: Ed. Plenum Press
- Gomes, C.A., Cruz, D.P.A., & Moreno, J. (2007). Estilos de Afrontamiento en Situación de Desplazamiento. *Psychologia: Avances en la Disciplina*, 1(2), 125-156
- Gracia, J.B., Portilla, M.P.G., Fernández, M.T.B., Martínez, P.A.S. & García, M.B. (2002). *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatria Clínica*. 2ª Ed. Barcelona: Ars Médica

- Greenglass, E. (2002). Chapter 3. Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.). *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. pp. 37-62. London: Oxford University Press
- Grootheet, D.S., Beekman, A.T.F., Groenou, M.I.B. & Deeg, D.J.H. (1999). Sex Differences in Depression After Widowhood: Do Mens Suffer More?. *Society Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 391-398
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população Portuguesa da Tradução do Mini Mental State Examination. Resumos da Reunião de Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia:Coimbra
- Gusmão, R.M., Xavier, M., Heitor, M.J., Bento, A. & Almeida, J.M.C. (2005). O Peso das Perturbações Depressivas: Aspectos Epidemiológicos e Necessidades de Informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146
- Hagerty, M.R., Cummins, R.A., Ferriss, A.L., Land, K., Michalos, A.C., Peterson, M., Sharpe, A., Sirgy, J. & Vogel, J. (2001). Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research. *Social Indicators Research*, 55, 1-96
- Hansen, T. Slagsvold, B. & Moum, T. (2008). Financial Satisfaction in Old Age: A Satisfaction Paradox or a Result of Accumulated Wealth?. *Social Indicators Research*, 89, 323-347
- Harvey, C.D.H., Barnes G.E. & Greenwood, L. (1987). Correlates of Moral Among Canadian Widowed Persons. *Social Psychiatry*, 22, 65-72
- Hoonard, D.K.V.D. (2001). *The Widowed Self The Older Woman's Journey through Widowhood*. Ontario: Wilfrid Laurier University Press
- Hoonard, D.K.V.D. (2009). Experiences of Living Alone: Widows' and Widowers' Perspectives. *Housing Studies*, 24(6), 737-753
- Hulten, R.V., Teeuw, K.B., Bakker, A.B. & Leufkens, H.G. (2000). Characteristics of Current Benzodiazepine Users as Indicators of Differences in Physical and Mental Health. *Pharmacy World & Science*, 22(3), 96-101
- Instituto Nacional de Estatística - INE. (2002). Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos-INE*, 33, 185-208
- Instituto Nacional de Estatística-INE. (2000). As Gerações mais Idosas: Um retrato no final do século. *Revista de Estudos Demográficos-INE*, 31, 140-158
- Iwashyna, T.J. & Chistakis, N.A. (2003). Marriage, Widowhood, and Health-Care Use. *Social Science and Medicine*, 57, 2137-2147
- Janke, M.C, Nimrod, G. & Kleiber, D.A. (2008). Leisure Patterns and Health Among Recently Widowed Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 32(1), 19-39

- Johnson, J.G., First, M., Block, S., Vanderwerker, L.C., Zivin & K. Zhang, B. (2009). Stigmatization and Receptivity to Mental Health Services Among Recently Bereaved Adults. *Death Studies*, 33, 691–711
- Johnson, W., McGue, M., Gaist, D., Vaupel, J.W. & Christensen, K. (2002). Frequency and Heritability of Depression Symptomatology in the second half of life: evidence from Danish twins over 45. *Psychological Medicine*, 32, 1175-1185.
- Junior, R.F. & Carvalho, S. (2001). Depressões em Doenças Neurológicas. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 7(1), 5-22
- Kalogirou, S. & Murphy, M. (2006). Marital status of people aged 75 and over in nine EU countries in the period 2000–2030. *European Journal of Ageing*, 3, 74–81
- Kanacki, L.S., Jones, P.S. & Galbraith, M.E. (1996). Social Support and Depression in Widows and Widowers. *Journal of Gerontology Nursing*, 22(2), 39-45
- Kessler R.C., Foster C., Webster P.S. & House J.S. (1992). The relationship between age and depressive symptoms in the national surveys. *Psychology and Aging*, 7, 119-126.
- King, C.A., Kiernan, M., Ahn, D.K. & Wilcox, S. (1998). The Effects of Marital Transitions Changes in Physical Activity: Results form a 10-years Community Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(2), 64-69
- Koren, C. & Lowenstein A. (2008). Late-Life Widowhood and Meaning in Life. *Ageing International*, 32, 141-155
- Koropecykj-Cox, T. (1995). Loneliness and Depression in Middle and Old Age: Are the Childless More Vulnerable?. *Population Aging Research Center, University of Pennsylvania: Working Paper Series*, 96(02), 1-27
- Kubler-Ross, E. (2009). *On Death and Dying*. 10^a Ed. New York: Routledge.
- Laks, J., Batista. E.M., Contino, A.L., Faria, M.E., Figueira, I. & Engelhardt, E. (2003). Examination in Community-Dwelling Elderly: Preliminary Data from Santo Antônio de Padua, Rio de Janeiro. *Aquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3B), 782-785
- Landau, R. & Litwin, H. (2000). The Effects of Extreme Early Stress in Very Old Age. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 473-487
- Leach, L.S., Christensen, H., Mackinnon, A.J. Windsor, D.T. & Butterworth, P. (2008). Gender Differences in Depression and Anxiety Across the Adult Lifespan: the Role of Psychosocial Mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 983–998
- Lee, G. R, Willetts, M.C. & Seccombe, K. (1998): Widowhood and depression. Gender differences. *Research on Aging*, 20 (5), 611-630.

- Lee, G.R. (2007). Widowhood, Gender, and Depression: A Longitudinal Analysis. *Research on Aging*, 29, 56-72
- Leite, S. (2004). Breve Sociografia das Famílias Reconstituídas do País. *Revista de Estudos Demográficos*, 35, 53-89
- Li, Y. (2007). Recovering From Spousal Bereavement in Later Life: Does Volunteer Participation Play a Role?. *Journal of Gerontology: Série B*, 62(4), 257-265
- Lima, R.T.R., Silva, R.S. & Ramos, L.R. (2009). Factores Associados à Sintomatologia Depressiva numa Coorte de Idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7
- Lourenço, R. & Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: Características Psicométricas em Idosos Ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719
- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georggellis, Y. & Diener, E. (2003). Reexamining Adaptation and the Set Point Model of Happiness: Reactions to Changes in Marital Status. *Journal of Personality and Social*, 84(3), 527-539
- Lugoboni, F., Quaglio, G., Pajusco, B., Mezzelani, P. & Lechi, A. (2007). Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. *Internal and Emergency Medicine*, 2, 196-201
- Mabitsela, L. (2003). Exploratory study of psychological distress as understood by Pentecostal Pastors. *University of Pretoria- Electronic Thesis and Dissertations*. Retirada a 15 de Outubro de 2009.
<http://upetd.up.ac.za/thesis/submitted/etd-02182003-082847/unrestricted/00front.pdf>
- Masocco, M., Pompili, M., Vichi, M., Vanacore, N., Lester, D. & Tatarelli, R. (2008). Suicide and Marital Status in Italy. *Psychiatric Quarterly*, 79, 275-285
- Mehta, M., Kulshrestha, U. & Chowdhry, R. (2006). Effect of Widowhood on Repression – Sensitisation Tendency. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32(3), 221 – 225
- Mellegård, M., Grossi, G. & Soares, J.F. (2001). A Comparative Study of Coping Among Women With Fibromyalgia, Neck/Shoulder and Back Pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 103-115
- Meller, I., Fichter, M.M. & Schroppel, H. (1997). Risk Factors and Psychosocial Consequences in Depression of Octo- and Nonagenarians: Results of an Epidemiological Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 278-287

- Mikulincer, M & Florian, V. (1996). Coping and Adaptation to Trauma and Loss. In M. Zeidner & N.S. Endler. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: Wiley & Sons, Inc
- Miller, N.C., Smerglia, V.L. & Bouchet, N. (2004). Women's Adjustment to Widowhood: Does Social Support Matter?. *Journal of Women & Aging, 16* (3&4):149-167
- Miller, T.W., Dunn, C. & Patel, I. (2010). Family and Spousal Adaptation to Transitioning a Traumatic Event. In T.W. Miller. *Handbook of Stressful Transitions Across the Lifespan, 253-258*. New York: Springer
- Mills, M. (2004). Stability and Change: The Structuration of Partnership Histories in Canada, the Netherlands, and the Russian Federation. *European Journal of Population, 20*,141-175
- Moraitou, D., Kolovou, C. Papasozomenou, C. & Paschoula, C. (2006). Hope and Adaptation to Old Age: Their Relationship with Individual-Demographic Factors. *Social Indicators Research, 76*, 71-93
- Nardi, E.F. & Andrade, O.G. (2005). Estados depressivos na comunidade – Jandaia do Sul, Paraná, Brasil. *Arquivo de Ciências de Saúde da Universidade do Paranaense Umuarama, 9*(2), 109-116
- Neve, R.J.M., Lemmens, P.H. & Drop, M.J. (2000). Changes in Alcohol Use and Drinking Problems in Relation to Role Transitions in Different Stages of the Life Course. *Substance Abuse, 21*(3), 163-178
- Novaes, É. M. S. V., Andrade, E. M. O., Silva, G. C. A. Silva, Veloso, G. L. O. Veloso & Santos, G. S. (2007). A Viuvez no Cliente Idoso como Factor de Predisposição ao Aparecimento de Alterações Biopsicossociais. *Revista Científica de Faminas, 3*(1), 32-48
- O'Rourke, N. (2004). Psychological Resilience and the Well-Being of Widowed Women. *Ageing International, 29*(3), 267-280
- Ong. A.D. & Bergman, C.S. (2004). Resilience and Adaptation to Stress in Later Life: Empirical Perspectives and Conceptual implications. *Ageing International, 29*(3), 219-246
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (2007). Classificação *Internacional de Doenças – CID-10*. 10ª Ed. OMS
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – CID-10*. 10th Revision.
- Pahkala, K. (1990). Social Environmental Factors and Depression in Old Age. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 5*,99-113

- Pahkala, K., Kesti, E., Kongas-Savario, P., Laippala & Kivela, S.L (1995). Prevalence of Depression in an Aged Population in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 99-106
- Pais Ribeiro, J. & Santos, C. (2001). Estudo Conservador de Adaptação do Wais of Coping Questionnaire a uma Amostra e Contexto Portugueses. *Análise Psicológica*, 4(19), 491-502
- Palmore, E. (1987). Cross-Cultural Perspectives on Widowhood. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 2, 93-105
- Passos, P., Batalau, R. & Pedro G. (2006). Comparação entre as Abordagens Ecológicas e Cognitivista para o Treino da Tomada de Decisão no Ténis e Rugby. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 6(3), 305-317
- Pearson, J. (2002). Recent Research on Suicide in the Elderly. *Current Psychiatry Reports*, 4, 59-63
- Pinquart, M. (2001). Age Differences in Perceived Positive Affect, Negative Affect, and Affect Balance in Middle and Old Age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375-405
- Pinquart, M. (2002). Creating and Maintaining Purpose in Life in Old Age: A Meta-Analysis. *Ageing International*, 27(2), 90-114
- Pizzetti, P. & Manfredini, M. (2008). “The Shock of Widowhood”? Evidence from Italian Population (Parma, 1989-2000). *Social Indicators Research*, 85, 499-513
- Pronost, Tap, P. (1997). Usure Professionnelle Formation en soins Palliatifs. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 75-86
- Rey, E., Ortega, M.M., Alonso, M.O.G. & Diaz-Rubio, M. (2009). Constructive Thinking, Rational Intelligence and Irritable Bowel Syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 15(25), 3106-31-13
- Rocha, C., Gobbi, I., Mazzariano, M., Krabbe, S. & Areosa, S.V.C.(2005). Como mulheres viúvas de terceira idade encaram a perda do companheiro. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo, 65-73
- Roff, L.L., Durkin, D., Sun, F. & Klemmack, D.L. (2007). Widowhood, Religiousness, and Self-Assessed Well-Being Among Older Adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 19(4), 43-59
- Sachuck, M.I. & Cangussu, E.T. (2008). Apontamentos Iniciais Sobre o Conceito de Resiliência. *Serviço Social em Revista*, 11(1), 26-40
- Seidel, E.M.F., Tróccoli, B.T. & Zannon, C.M.L.C. (2001). Análise Factorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234

- Sequeira, A. & Silva, M.N. (2002). O Bem-estar da Pessoa Idosa em Meio Rural. *Análise Psicológica*, 3 (20), 505-516
- Sheykhi, M.T. (2006). A sociological Review of the Reflections and Dimensions of Quality of Life of the widows in Tehran. *Social Indicators Research*, 78, 251-270
- Sneath, J.Z., Lacey, R. & Kennett-Hensel, P.A. (2009). Coping with a natural disaster: Losses, emotions, and impulsive and compulsive buying. *Market Lett*, 20, 45-60
- Snowdon, J. (2002). How high is the prevalence of depression in old age? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(supl I), 42-47
- Snyder, C.R. & Dinoff, B.L. (1999). Coping: Where Have You Been?. In Ed. Snyder, C.R. *Coping: The Psychology of What Works*. Oxford: Oxford University Press
- Stela, F., Gobbi, S., Corazza, D.I. & Costa, J.L.R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física *Motriz*, 8(3), 91-98
- Stevens, N. (2002). Re-Engaging: New Partnerships in Late-Life Widowhood. *Ageing International*, 27(4), 27-42
- Strobe , W. Stroeb, M. & Abakoukin, G. (1999). Does differential Support Cause Sex Differences in Bereavement outcome?. *Journal of Community & Applied Psychology*, 9(1), 1-12
- Sudha, S., Suchindran, C., Mutran, E.J. Rajan, I. & Sarma P.S. (2006). Marital Status, Family Ties, and Self-rated Health among Elders in South India. *Journal Cross Cultural Gerontology*, 21, 103-120
- Taboada, N.G., Legal, E.J. & Machado, N. (2006). Resiliência: Em Busca de um Conceito. *Revista Brasileira do Desenvolvimento Humano*, 16(3), 104-113
- Tap, P., Costa, E.S. & Alves, M.N. (2005). Escala Toulousiana de Coping: Estudo de Adaptação à população Portuguesa. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 6(1), 47-56
- Teles-Correia, D., Mega, I., Barbosa, A., Barroso, E. & Monteiro, E. (2008). Coping nos Doentes Transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 141-148
- Trentini, C.M., Chachamovich, E. Figueiredo, M., Hirakata, V.N. & Fleck, M.P.A. (2006). A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Avaliada por si e pelo cuidador. *Estudos de psicologia*, 11(2), 191-197
- Trentini, S.M., Werlang, B.S.G., Xavier, F.M.F & Argimon, I.I.L. (2009). A Relação entre Variáveis de Saúde Mental e Cognição em Idosos Viúvos *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 236-243
- Tsuji, Y. (2005). Time is not up: Temporal complexity of older Americans' lives. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 20, 3-26

- Umberson, D., Wortman, C.B. & Kessler, R.C. (1992). Widowhood and depression: Explaining Long-term Gender Differences in Vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, 3(March), 10-24
- Unger, J.B., Johnson, C.A., & Marks, G. (1997). Functional Decline in the Elderly: Evidence for Direct and Stress-Buffering Protective Effects of Social Interactions and Physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 152-160
- Van Grootheest, D.S., Beekman, A.T.F., Broese van Groenou & Deeg, D.J.H. (1999). Sex Differences in depression after widowhood. Do Men Suffer More?. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, 391-398
- Verissimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais – escala de depressão geriátrica*. Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto
- Wang, J.L. & Patten, S.B. (2002). The Moderating Effects of Coping Strategies on Major Depression in the General Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 167-173
- Wilcox, S., Evenson, K.R., Aragaki, A., Wassertheil-Smoller, S., Mouton, C.P. & Loevinger, B.L. (2003). The Effects of Widowhood on Physical and Mental Health, Health Behaviors, and Health Outcomes: The Women's Health Initiative. *Health Psychology*, 22(5), 513-522
- Williams, B.R., Sawyer, P., Roseman, J.M., & Allman, R.M. (2008). Marital Status and Health: Exploring Pre-Widowhood. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 848-856
- Yunes, M.A.M. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: Foco no Indivíduo e na Família. *Psicologia em Estudo*, 8(Esp), 75-84

ANEXOS

Anexo 1

Instrumentos de recolha de dados

Entrevista

A presente entrevista faz parte de uma investigação a decorrer no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior e que tem como objectivo geral determinar o modo como os viúvos lidam com a viuvez.

Não há respostas erradas, todas estão certas desde que sejam sinceras. Esta entrevista é anónima e têm apenas recolher informação para a finalidade a que se destina.

Os dados aqui recolhidos são anónimos e confidenciais

Obrigada pela sua colaboração.

Data de recolha de dados _____

1- Género: M F

2- Idade _____

3- Já está reformada?

Sim Não

4- Ainda faz alguma actividade no campo ou em outra actividade profissional?

Sim Não

5- Habitualmente gosta de:

Sim

Não

| | | | |
|----|---------------------------------|--|--|
| a) | Ler | | |
| b) | Conversar com as outras pessoas | | |
| c) | Fazer tricô | | |
| d) | Passear | | |
| e) | Jogar cartas ou outros jogos | | |
| f) | Ouvir Rádio | | |
| g) | Ver televisão | | |
| h) | Ouvir musica | | |

6- Foi emigrante ou viveu em outra terra?

Não Sim Onde? _____

7- Quantos anos andou na escola? Escolaridade:

| | |
|---|--|
| Analfabeto <input type="checkbox"/> | Sabe assinar o nome <input type="checkbox"/> |
| Instrução Primária <input type="checkbox"/> | Até ao 5 ano antigo <input type="checkbox"/> |
| Ensino secundário <input type="checkbox"/> | Curso Médio <input type="checkbox"/> |
| Curso superior <input type="checkbox"/> | |

8- Tem filhos?

Não Sim

Quantos? _____

9- Mora com quem? Sozinha Com filhos
Com um familiar directo Com outro familiar
Outra pessoa

10- Há quantos anos está viúva? _____

11- Depois da morte do seu cônjuge mudou de residência?

Sim Não Se sim, onde morava antes _____

12- De que faleceu o seu marido? _____

O seu conjugue faleceu por:

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| Suicídio <input type="checkbox"/> | Homicídio <input type="checkbox"/> | Acidente <input type="checkbox"/> |
| Doença repentina <input type="checkbox"/> | Doença prolongada <input type="checkbox"/> | |

13- Como considera a sua relação com o seu falecido marido:

Muito má Má Nem boa nem má Boa Muito boa

14- Depois de enviudar teve um outro companheiro?

Sim Não

15- Ainda vive com esse companheiro?

Sim Não

16- Padece de alguma doença física ou mental? Sim Não

12a- Se Sim, qual? _____

17- Há quanto tempo padece dessa(s) doença(s) _____

18- Considera a sua saúde:

Muito má Má Nem boa nem má Boa Muito boa

18- É fumadora?

Sim Não

19- Consome bebidas alcoólicas fora do período das refeições?

Sim Não

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

FECHE OS OLHOS

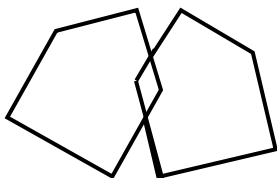
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia

Score__

Assinale a resposta mais adequada ao seu estado de espírito durante a última semana:

SIM NÃO

| | | | |
|----|---|--|--|
| 1 | Está satisfeito com a sua vida? | | |
| 2 | Abandonou muitas actividades de seu interesse? | | |
| 3 | Sente que a sua vida é vazia? | | |
| 4 | Sente tédio na sua vida? | | |
| 5 | Vê o futuro com optimismo? | | |
| 6 | Sente-se perturbado por pensamentos que não lhe saem da cabeça? | | |
| 7 | Está, geralmente, de bom humor? | | |
| 8 | Tem medo que alguma coisa de mau lhe possa acontecer? | | |
| 9 | Sente-se feliz a maior parte do tempo? | | |
| 10 | Sente-se indefeso com frequência? | | |
| 11 | Sente-se irrequieto? | | |
| 12 | Você prefere ficar em casa em vez de sair à descoberta de novas experiências? | | |
| 13 | Preocupa-se, frequentemente com o futuro? | | |
| 14 | Tendo em conta a média, considera que tem uma memória pior do que esta? (que os outros) | | |
| 15 | Acha que é maravilhoso estar vivo neste momento? | | |
| 16 | Sente-se desanimado e deprimido com frequência? | | |
| 17 | Sente que não tem valor no estado em que se encontra agora? | | |
| 18 | Preocupa-se muito com o Passado? | | |
| 19 | Acha a vida excitante? | | |
| 20 | É difícil para si iniciar novos projectos? | | |
| 21 | Sente-se cheio de energia? | | |
| 22 | Sente que não há esperança para a sua situação? | | |
| 23 | Acha que a maioria das pessoas está melhor que você? | | |
| 24 | Altera-se (frequentemente) com pequenas coisas? | | |
| 25 | Tem (frequentemente) vontade de chorar? | | |
| 26 | Tem dificuldades em concentrar-se? | | |
| 27 | Gosta de se levantar de manhã? | | |
| 28 | Prefere evitar encontros sociais? | | |
| 29 | Toma decisões como antigamente? | | |
| 30 | A sua mente está tão clara como antigamente? | | |

E.T.C.

INSTRUÇÕES

Sempre que enfrenta uma situação difícil, provavelmente reage de forma variável.

Escolha uma situação difícil que esteja a viver actualmente (ou que viveu no passado), que lhe diga respeito a si e que seja (ou tenha sido) angustiante ou *stressante*. Descreva-nos a forma como reage habitualmente a essa situação.

Encontrará 5 números que indicam em que medida utiliza a afirmação proposta: de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). Na primeira linha escreva a situação difícil que escolheu. Em seguida, marque com uma cruz (x) o número que melhor corresponde à reacção que costuma ter face a essa situação. Tente responder a todas as frases, tendo em conta que não há respostas certas ou erradas.

Situação difícil
escolhida: _____

Face a esta situação reajo da seguinte forma:

| Afirmações | Nunc a 1 | 2 | 3 | 4 | Muito Freq. 5 |
|--|----------------|---|---|---|---------------------|
| 1. Enfrento a situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Peço conselhos a profissionais (professores, médicos, psicólogos,...). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Procuo sentir-me melhor comendo algo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Tento não pensar no problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Peço a Deus para me ajudar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Evito encontrar-me com pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Aceito o problema se ele for inevitável. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Tento não entrar em pânico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Mudo a minha forma de viver. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Faço um plano de acção e tento aplicá-lo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. É-me difícil utilizar palavras para descrever o que experimento face a uma situação difícil. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Não penso nos problemas quando eles se colocam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. Recuso-me a admitir o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Sinto agressividade face a outrem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Faço qualquer coisa mais agradável. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Analiso a situação para melhor a compreender. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ataco o problema de frente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Discuto o problema com os meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Esqueço os meus problemas tomando medicamentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Procuo actividades colectivas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Refugio-me no imaginário ou no sonho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Procuo encontrar uma filosofia de vida para fazer face à situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Acontece-me não fazer o que tinha decidido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Aprendo a viver com o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Controlo as minhas emoções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Mudo o meu comportamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Resisto ao desejo de agir, até que a situação mo permita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Reajo como se o problema não existisse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Sinto-me culpado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos nisso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Penso nas experiências susceptíveis de me ajudarem a fazer face à situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Procuo a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Vou directamente ao problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 38. Pergunto a pessoas que tiveram uma situação similar, que tipo de resposta deram. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Tomo drogas ou fumo para acalmar a minha angústia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Ajudo os outros como gostaria de ser ajudado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Procuo a todo o custo pensar noutra coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Brinco com a situação sobre a qual me encontro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Afasto-me dos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Guardo para mim mesmo os meus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. Modifico as minhas acções em função do problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Defino objectivos a alcançar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. As minhas emoções desaparecem tão rapidamente como aparecem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Evito agir rapidamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Digo a mim próprio que este problema não tem importância. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Sinto-me invadido(a) pelas minhas emoções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Centro-me noutras actividades para me distrair. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Reflecto nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Procuo a simpatia e o encorajamento dos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

