

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Estudo da Influência da satisfação com o casamento na
qualidade de vida e no processo de luto em viúvos**

Dissertação de Mestrado em Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso

Cristiana Isabel Freitas Dias

Orientadora: Professora Doutora Maria Paula Gonçalves da Mota



Vila Real, 2016

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Estudo da Influência da satisfação com o casamento na
qualidade de vida e no processo de luto em viúvos**

Dissertação de Mestrado em Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso

Cristiana Isabel Freitas Dias

Orientadora:

Professora Doutora Maria Paula Gonçalves da Mota

Vila Real, 2016

*“Se o novo soubesse e o velho pudesse,
não haveria nada que não se fizesse”*

Provérbio Português

Esta dissertação foi expressamente elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso (2º ciclo de estudos) pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, de acordo com o disposto no Decreto-Lei 107/2008 de 25 de junho.

Agradecimentos

Ao longo do meu percurso académico e, em particular, no meu percurso de dissertação, quero destacar o meu mais sincero agradecimento às pessoas que tornaram possível a realização deste trabalho:

Em especial, agradeço, à minha orientadora, Professora Doutora Maria Paula Gonçalves Mota, pelo seu profissionalismo, orientação, disponibilidade e, em particular, a sua compreensão e incentivo.

A todas as pessoas que participaram e acreditaram neste projeto.

Ao meu namorado, Filipe, companheiro de aventura, pela paciência, colaboração, compreensão e sobretudo, pelo encorajamento que foi dando ao longo deste percurso.

Aos meus pais pelo amor, segurança e palavras de motivação que me permitiram continuar em frente.

A todos os amigos que de alguma forma contribuíram para que este projeto fosse concretizado, mas um especial agradecimento à Joana e à Sofia, que deram as palavras certas na hora certa.

Muito Obrigada!

Resumo

O envelhecimento mundial é considerado um dos grandes desafios deste século. O aumento da esperança média de vida e a diminuição da morbilidade acarretam consequências: o aumento do número de pessoas mais velhas e, por sua vez, o aparecimento de mais viúvos.

A perda da pessoa amada, companheira de uma vida, é um acontecimento que provoca um sofrimento indescritível, contudo é um acontecimento normativo do ciclo de vida. Ficar viúvo, enviuvar, é acolher novos desafios e criar uma adaptação saudável à nova fase da vida, este período de tempo a seguir à perda onde existe uma luta constante contra sentimentos de solidão e tristeza denomina-se de luto.

O luto é um mecanismo universal e individual, cada indivíduo experiencia o luto de acordo com os seus valores e experiências. Progressivamente, o viúvo, aceita a perda como algo real da sua vida e, nesse momento, está preparado para retomar a sua vida habitual.

A solidão é muitas vezes associada ao estado civil de viúvo/a, este sentimento passa por ser um conceito subjetivo e sentido de forma individual e são vários os autores que o tentam definir.

A conceção de qualidade de vida é ampla, assim como a solidão, porém ela é necessária para que possamos concluir o ciclo de vida da melhor forma possível.

Assim, este estudo tem como entender de que forma é que a satisfação com o casamento e condição de viuvez influenciam o processo de luto, o aparecimento de sentimentos de solidão, o estilo e a qualidade de vida.

No que concerne à metodologia, a amostra foi constituída por 101 indivíduos viúvos, dos 26 aos 89 anos e utilizaram-se vários instrumentos: a ficha de dados sociodemográficos, o questionário sobre o luto, a escala de solidão, a escala de estilos de vida e o WHOQOL-bref.

Depois de feita a recolha de dados procedeu-se a uma análise descritiva e inferencial. A amostra de 101 participantes divide-se em 76 indivíduos do sexo feminino e 25 indivíduos do sexo masculino. Da amostra total, 30 indivíduos possuem idade inferior a 65 anos e 71 indivíduos desfrutam de idades superiores a 65 anos.

Desta investigação destaca-se o facto de existirem mais mulheres que homens viúvos mas que são os homens quem vive mais feliz durante o casamento. No entanto, na viuvez, são os mais jovens que apresentam maiores valores de solidão suplantando os indivíduos mais velhos.

Palavras-chave: envelhecimento, viuvez, solidão, qualidade de vida.

Abstract

The global aging is considered one of the great challenges of this century. The increase in life expectancy and decreased morbidity negative consequences: increased number of older people, and in turn, the appearance of more widowers.

The loss of a loved one, companion of a lifetime, is an event that causes untold suffering, yet it is a normative event lifecycle. Staying widower, widowed, is welcome new challenges and create a healthy adaptation to the new phase of life, this time following the loss where there is a constant battle against feelings of loneliness and sadness is called mourning.

The mourning is a universal and individual mechanism, each individual experiences the mourning according to their values and experiences. Progressively, the widower, accepts the loss as something real in your life and at this time, is ready to retake his usual life. Loneliness is often associated with marital status Widow / er, this feeling happens to be a subjective concept and sense individually, and several authors who try to define.

The design quality of life is broad, and loneliness, but it is necessary for us to complete the life cycle in the best possible way.

So, this study has to understand how marriage satisfaction and widowhood conditions influence the process of mourning, the appearance of feelings of loneliness, style and quality of life. Regarding the methodology, the sample consisted of 101 widowed individuals, from 26 to 89 years old and several instruments were used: the socio-demographic data sheet, the questionnaire on mourning, the loneliness scale, the lifestyle scale And WHOQOL-bref.

After the collection of data, a descriptive and inferential analysis was carried out. The sample of 101 participants is divided into 76 females and 25 males. Of the total sample, 30 individuals are aged less than 65 years and 71 individuals enjoy ages over 65 years.

This research highlights the fact that there are more women than men who are widowed, but men who live happier during marriage. However, in the widowhood, it is the younger ones who present higher values of solitude supplanting the older individuals.

Keywords: aging, widowhood, loneliness, quality of life

Índice Geral

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vi
Abstract	vii
Índice Geral	viii
Índice de Tabelas.....	x
Índice de Figuras	xi
Lista de Siglas e Abreviaturas	xii
1. INTRODUÇÃO	14
PARTE 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.CASAMENTO.....	16
2.ENVELHECIMENTO.....	19
3.QUALIDADE DE VIDA.....	23
4. VIUVEZ	25
5.LUTO.....	29
6.SOLIDÃO	34
7.O PAPEL DE UM ANIMAL NA SOLIDÃO	36
PARTE 3 – METODOLOGIA.....	38
8.METODOLOGIA	38
8.1Amostra	38
8.2Instrumentos	38
8.2.1Ficha de Dados Sociodemográficos	38
8.2.2Questionário sobre o luto (QSL)	38
8.2.3Escala de Solidão.....	39
8.2.4Escala de Estilos de Vida	39
8.2.5WHOQOL-BREF	39
8.3Procedimentos	40
8.4Procedimento Estatístico	40
9. RESULTADOS	41
10.DISSCUSSÃO	49
11.CONCLUSÕES E PROPOSTAS FUTURAS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	54

Anexo A - Consentimento Informado para a Participação na Investigação.....	55
Anexo B – Ficha de Dados Sociodemográficos.....	56
Anexo C – Questionário sobre o luto.....	59
Anexo D – Escala da Solidão.....	62
Anexo E – Escala de Estilos de Vida.....	63

Índice de Tabelas

Tabela 1. Modelo Teórico de Bowlby.....	30
Tabela 2. Modelo Teórico de Parkes.....	30
Tabela 3. Resultados de escolaridade de acordo com o sexo e total da amostra.....	41
Tabela 4. Resultado da Satisfação com o casamento por gênero.....	43
Tabela 5. Resultados da aquisição de um animal de estimação antes ou depois da perda do cônjuge.....	43
Tabela 6. Resultados do tempo de perda por faixa etária.....	44
Tabela 7. Resultados da capacidade de pedir de ajuda por faixa etária e situação profissional.....	44
Tabela 8. Resultados do apoio recebido após a perda.....	45
Tabela 9. Resultados das mudanças de relações com os outros por faixa etária e situação profissional.....	45
Tabela 10. Resultados das mudanças de relações com os outros por satisfação com o casamento.....	46

Índice de Figuras

Figura 1. Resultados do tempo de casamento da amostra total.....	42
---	----

Lista de Siglas e Abreviaturas

DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
QSL	Questionário sobre o Luto
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

I.Introdução

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e o aumento da longevidade são duas das transformações que se tornaram realidade a nível mundial pelo que é essencial dar respostas o mais adequadas possíveis a este enorme desafio. Este cenário, apesar de gradual está a crescer exponencialmente e tem despertado atenções na área da saúde e na área social e tem surgido respostas cada vez mais ajustadas às necessidades individuais.

Com o aumento da esperança média de vida têm-se verificado que um dos acontecimentos mais normativos do ciclo de vida – a viuvez - acontece cada vez mais tarde (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011).

A viuvez é um estado contínuo e de longo prazo mas é, também, um acontecimento expectável, complexo que acarreta dificuldades, mudanças e constantes adaptações à vida do adulto enviuvado. É considerada uma das maiores causas do sofrimento mas pode permitir um crescimento individual (Car & Bodnar-Deren, 2009; Beal, 2006).

A viuvez e o processo de luto, de alguém amado, é vivido de forma individual pois este acontecimento torna evidente a fragilidade individual e expõe a ideia da morte efémera (Worden, 1998).

Em Portugal, os viúvos representam 7% da população sendo que 81% deste valor são indivíduos do género feminino (INE, 2011).

Muitas vezes, associa-se a viuvez ao envelhecimento, à solidão, à depressão e a outros elementos menos positivos, mas esta ideia não é igual para todos porque a viuvez é um estado civil, experienciado idiossincraticamente em qualquer idade, sejam velhos ou sejam novos (Beal, 2006).

Contudo, são crescentes as preocupações durante este longo período de cicatrização e no período após a adaptação à nova condição social – ser viúvo ou viúva, o decréscimo de sentimentos de solidão, o aumento da qualidade de vida, mudanças de estilos de vida, entre outros.

Com base nestes conceitos, a presente dissertação teve como objetivo primordial entender em que medida é que a satisfação com o casamento e condição de viuvez influenciam o processo de luto, o aparecimento de sentimentos de solidão, o estilo e a qualidade de vida.

Apresenta-se como um estudo quantitativo de índole descritivo, recorrendo-se a aplicação de um conjunto de questionários como instrumento de recolha de dados. O estudo foi realizado com uma amostra estratificada do distrito de Braga.

Esta dissertação está dividida em duas partes. A primeira parte pretende fazer o enquadramento da questão de investigação através dos temas mais significativos para o seu equacionamento, nomeadamente, do casamento, do envelhecimento, da qualidade de vida, da viuvez, do luto, da solidão e do papel de um animal de estimação na solidão.

A segunda parte recai sobre o processo metodológico utilizado abordando a amostra, a caracterização dos instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e análise de dados. Por fim, e ainda na mesma parte, apresentam-se os resultados, a discussão, as conclusões e propostas futuras.

PARTE 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CASAMENTO

"O amor parece ser o mais rápido, mas é o mais lento de todos os crescimentos. Nenhuma mulher ou homem sabe, realmente, que o amor perfeito é até que tenham sido casados com um quarto de século " Mark Twain, p.51 , 1894

Um dos estereótipos associados a casais mais velhos é “são emocional e romanticamente sem vida”. É neste contexto que, frequentemente, os jovens casais falam em manter a “paixão” nos seus casamentos e evitar o destino preconizado dos casais mais velhos (Charles & Carstensen, 2002). Curiosamente, o casamento em idade avançada, embora ainda muito pouco estudado, parece ser bastante diferente do estereótipo criado pelas novas gerações (Charles & Carstensen, 2002).

Em média, os casais mais velhos são mais felizes do que os casais mais jovens, ou seja, casais mais velhos são mais felizes do que eram quando eram mais jovens (Charles & Carstensen, 2002).

Os casamentos em idade avançada têm um potencial para fornecer apoio emocional e aumentar a positividade afetiva comparativamente aos casamentos em idade jovem, no entanto esse potencial nem sempre é realizado. Alguns casais ficam juntos apesar de existir uma considerável insatisfação com o relacionamento entre eles (Antonucci & Jackson, 1987; Rook, 1984).

Estudos analisaram a satisfação conjugal através de um esquema com uma linha curvilínea (Anderson, Russell, & Schumm, 1983; Burr, 1970; Rollins & Cannon, 1974; Thurnher, 1976), começando em alta e caindo acentuadamente após o nascimento do primeiro filho, e atingindo o valor mais baixo quando os filhos atravessam a adolescência. Em seguida, começa a aumentar à medida que os filhos vão saindo de casa e se vão aposentando (Dougherty & Jacobson, 1982; Rollins, 1989). Outros autores sugerem que a satisfação conjugal declina de forma constante durante os primeiros 10 anos de casamento (Blood & Wolfe, 1960; Dentler & Pineo, 1960; Pineo, 1961, 1969).

Cowans (1988) refere que as interações conjugais melhoram aquando da saída dos filhos de casa mas declina novamente em casos em que os filhos voltam a viver com os pais. Depois de analisar estes dados, os autores concluíram que os casais parecem ser mais felizes

quando os filhos vivem de forma independente, contudo, mães e pais relatam os filhos como uma das suas maiores fontes de alegria.

No que se refere à felicidade, as evidências sugerem uma variabilidade considerável em casamentos longos. Alguns investigadores afirmam ser necessário ter um casamento longo para ter felicidade (Stinnett, Carter, & Montgomery, 1972). Por outro lado, outros demonstram que casais mais velhos descrevem os seus casamentos com felicidade mas como uma fonte de stress (Lowenthal, Thurnher, & Chiriboga, 1975). Em contraste, outros, descrevem o seu casamento através de uma insatisfação generalizada, especialmente as mulheres (Peterson, 1973).

No casamento dos casais mais velhos, podem surgir novas dificuldades a qualquer momento, seja por recolocação no trabalho, entrada na reforma ou o declínio da saúde (Atchley & Miller, 1983). Alguns estudos sugerem que a reforma melhora a qualidade de vida conjugal (Atchley, 1976; Gilford, 1984), outros sugerem que existe poucos efeitos (Ekerdt & Vinick, 1991; Matthews & Brown, 1987; Vinick & Ekerdt, 1991) e outros sugerem efeitos mínimos ou ligeiramente negativos (Lee & Shehan, 1989).

A visão do casamento muda com a idade e em género, assim como os cônjuges e os papéis que desempenham mas especula-se que as mudanças diminuem com o envelhecimento (Gutmann, 1987; Hyde & Phillis, 1979; Keith & Brubaker, 1979), porém esta convergência pode aumentar a harmonia como pode ser bastante problemático. Troil, Miller e Atchley (1979) afirmam que os esposos podem tornar-se mais meigos na velhice mas as esposas veem este aumento de sensibilidade como apego. Da mesma forma, as mulheres tornam-se mais metódicas no planeamento do tempo de lazer, sendo que os maridos podem ressentir-se desta estrutura imposta (Keating & Cole, 1980).

Vários autores referem que em todas as idades, os maridos relatam níveis maiores de satisfação conjugal do que as mulheres (Field & Weishaus, 1984; Skolnick, 1986; Sporkowski & Hughston, 1978). Para além disso, em relação aos homens solteiros, os homens casados apresentam maior nível de satisfação com a vida. Curiosamente, entre as mulheres, os padrões são inversos. As mulheres solteiras revelam maior satisfação com a vida do que as mulheres casadas (Steil, 1984).

Numa pesquisa em grande escala, Hess e Solo (1985) constataram que as mulheres retiram benefícios mentais e físicos de casamentos felizes, enquanto que os homens beneficiam sempre do casamento, independentemente da sua qualidade. Assim, parecendo

que a saúde mental e física estão relacionadas com o estado civil, esta associação não é tão simples de ser afirmada e a direção da causalidade não é clara.

2.ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população é um fenómeno universal e, por isso, Portugal não é diferente. O aumento gradual da esperança média de vida, a diminuição da morbilidade e a falta de incremento nas taxas de natalidade são os principais responsáveis pelo aumento da população envelhecida numa escala mundial, sendo mais forte nos países mais desenvolvidos. Em Portugal, a esperança média de vida à nascença coloca-se em valores, para os homens, nos 76,43 anos e nos 82,30 anos, para as mulheres. (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011).

O envelhecimento mundial pode ser considerado o grande desafio do nosso século.

O processo de envelhecimento é uma sucessão de modificações e declínios progressivos ao nível morfológico, fisiológico, psicológico e, também, social (Agostinho, 2004). Estas alterações são irreversíveis e afetam progressivamente órgãos e sistemas do corpo humano (Fontaine, 2000). É um processo que se manifesta preferencialmente durante uma etapa do ciclo da vida, tendencialmente, chamada de terceira-idade e quarta-idade (Cancela, 2007). Não é apenas um ciclo vital mas um sistema com sucessivos progressos que afeta os mais variados seres vivos, de forma bio-psico-socialmente (Keong, 2010).

O envelhecimento abarca, progressivamente, a debilidade muscular e a perda de funções ao nível do corpo e intelectual, porém as funções biológicas não apresentam o seu declínio ao mesmo tempo (Keong, 2010).

O aumento do envelhecimento da população espelha-se em consequências sociais (considerar-se-á a necessidade de um maior número de infraestruturas e respostas sociais adequadas, como por exemplo lares, cuidados de saúde), económicas (com o aumento contínuo do número de reformados e a diminuição de ativos, obtendo menos receitas para os cofres do Estado) e nos sistemas de saúde (o envelhecimento demográfico proporciona mais gastos em tratamentos, particularmente, nos problemas de saúde associados à já denominada como a quarta – geração, ou seja, idosos de idade já muito avançada, mais de 85 anos. Desta forma, é importante e necessária a aquisição de conhecimentos na área do envelhecimento para que se possa compreender melhor as características, necessidades, desafios e potencialidades dos idosos e do seu processo de envelhecimento, potencializando novas formas de intervenção adequadas às especificidades de grupos desta população (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Apesar de existirem várias definições sobre o conceito de envelhecimento, não existe um consenso definitivo sobre este processo. Vários autores lançam pontos de vista:

- Matsudo (2001) define envelhecimento como uma série de processos que ocorrem nos organismos vivos e que com o passar do tempo levam a alterações funcionais e até à morte;
- Spirduso (1995) refere que o envelhecimento é um conjunto de processos inerentes a todos os seres vivos, que se expressa pela perda de capacidade de adaptação e pela diminuição de funcionalidade, que está ligada a alterações físicas e fisiológicas;
- Pimentel (2001) afirma que o envelhecimento tem um carácter variável e individual
- Cancela (2007), a fase do envelhecimento é caracterizada por um declínio das capacidades funcionais
- Oliveira (2008), envelhecer é um processo que suporta a diversidade e não existe uma única forma de envelhecer;
- Fernandez-Ballesteros (2009), o envelhecimento considera-se um processo biológico em que se gera um declive na eficiência e eficácia de todos os sistemas biológicos.

No entanto, todos têm pontos em comum, o envelhecimento é um processo complexo e implica o conceito de perda de funcionalidade.

Quando pensa em envelhecimento, pensa-se em idade, em tempo de vida. A idade cronológica (idade que corresponde ao número de anos vividos desde o nascimento até ao momento presente, ou data da sua morte) é necessária porque se trata de um método simples de organização dos acontecimentos, contudo, envelhecer é variável de indivíduo para indivíduo, é um fenómeno individual e que não pode ser encarado da forma idêntica para todas as pessoas porque vários fatores, como a história de vida/estilos de vida, personalidade, meio laboral, meio social, meio ambiente ou mesmo fatores genéticos e hereditários, tem uma forte influência na velocidade e gravidade do processo de envelhecimento (Pimentel, 2001; Squire, 2005; Oliveira, 2008) sendo, por isso, impossível datar o seu começo (Cancela, 2007).

A idade cronológica não é a única variável que se deve considerar no processo de envelhecimento. Pode-se também falar da idade:

- Biológica: Idade aliada ao envelhecimento orgânico porque com o passar do tempo, há transformações que reduzem o funcionamento dos órgãos e a sua autorregulação;
- Social: Idade adequada ao estatuto e hábitos pessoais de cada indivíduo relativamente à sociedade em que se insere e que está confinada pela cultura vivenciada;
- Psicológica: Idade relacionada com as aptidões comportamentais que o ser humano é capaz de reprogramar em resposta a mudanças do ambiente ou a fases de transição (ex.: inteligência, memória e motivação) (Cancela, 2007).

Os marcos cronológicos são democráticos e questionáveis porque não correspondem à realidade biológica de cada um (maturidade física e estado de saúde), nem à psicológica (desenvolvimento cognitivo, capacidade de adaptação, de aprendizagem e de motivação) ou à social (*status*, papéis e funções desempenhadas ou a desempenhar) mas, a realidade é que são os critérios cronológicos que prevalecem e são os mais utilizados (Fontaine, 2000).

O envelhecimento e, naturalmente, o que é ser idoso, dependem ainda da sociedade em que o indivíduo está inserido, do seu contexto cultural e da época em que vive mas o mais relevante é a forma como o idoso se percebe a si mesmo e ao mundo que o rodeia (Martins, 2003).

Silva (2005), refere que a sociedade examina o envelhecimento como um fenómeno coberto de preconceitos, estereótipos e imagens negativas que persuadem o idoso na conceção de expectativas menos positivas, colaborando para um aumento excessivo de valores centrados em conflitos/emoções negativas.

De geração em geração, percebe-se que a ideia de ser idoso e de envelhecer vai-se tornando mais positiva e menos negativa, contudo, é ainda frequente a aquisição de estereótipos ao longo da vida. Assim, quando a fase da velhice se torna real estes estereótipos interiorizados durante a vida tornam-se agora relevantes levando à percepção negativa ou positiva do envelhecimento, de acordo com a ideologia que foi adquirida ao longo da vida (Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2002).

O estereótipo do envelhecimento é, neste momento, questionável, devido à modificação da estrutura social que sugere que os idosos, atualmente, estarão melhor preparados para alcançar um envelhecimento ativo e bem-sucedido do que em qualquer outro período da História.

Durante o envelhecimento, com o avançar da idade, a ideia da aproximação da morte fica mais clara e, são cada vez mais os desafios negativos a superar (Yassine, 2011).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2005), envelhecer enquanto homem ou mulher circunscreve configurações diferentes de viver a saúde, os estados de doença, a (in)dependência, a autonomia ou a participação social, e essas diferenças devem ser tidas em conta.

Os censos de 2011 revelam que a mulher tem mais cerca de 8 anos de esperança média de vida à nascença em relação ao homem, nos países desenvolvidos. Portugal não contraria os dados e, à nascença, a esperança média é de 76,47 anos para os homens e de 82,43 para as mulheres (INE, 2012).

Estas diferenças de géneros acarretam consequências médicas e sociais no fim da vida. Os homens mais velhos, tendencialmente, são casados enquanto as mulheres mais velhas são viúvas ou solteiras. Esta tendência pode-se explicar por dois fatores: os homens casam com mulheres mais novas e também porque são eles que tem mais comportamentos de risco, como por exemplo, costume de álcool e tabaco, profissões perigosas, acidentes com veículos a motor e armas de fogo, suicídio que tem tendência a aumentar com a idade (Busse & Blazer, 1992).

Não se pode desvalorizar os fatores comportamentais porque em ambos os sexos existe uma individualidade nas características culturais, anatómicas, fisiológicas e comportamentais (Busse & Blazer, 1992).

Nos dias que correm fala-se cada vez mais no envelhecimento ativo e da importância que este tem na qualidade de vida do idoso mas o envelhecimento ativo depende de vários fatores (económicos, sociais, pessoais e comportamentais, ambiente físico, serviços sociais e saúde) que abarcam não só o indivíduo como as suas famílias e comunidade (Manton 1998 cit por Squire, 2005).

3.QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é um conceito que tem vindo a despertar interesse na área da promoção da saúde física e mental (Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007). Nos anos 90, época em que surgiu da mudança a conceção da saúde de uma destaque biomédico para uma realce biopsicossocial, a OMS, teve a necessidade de reunir um grupo multicultural de peritos para analisar este conceito afim criar uma definição com bases científicas e desenvolver instrumentos de avaliação (Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005; Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005).

Apesar do conceito de qualidade de vida ser bastante abrangente e suscetível de assumir várias perspetivas, há uma concordância em relação a três fatores deste constructo: (1) a subjetividade (sujeito a interpretações individuais); (2) multidimensionalidade (abrange, no mínimo, três dimensões, a física, a psicológica e a social) e, por fim, (3) a presença de dimensões positivas (por exemplo, autonomia) e negativas (por exemplo, demência) (Fleck et al., 1999a).

Desta forma, a OMS, definiu “qualidade de vida” como uma condição de bem-estar físico, social e mental, sendo que não se foca apenas na ausência da doença mas que se expressa pela perceção individual em relação à vida, a um contexto cultural e a um sistema de valores, tendo sempre em atenção os objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1995).

O conceito de qualidade de vida é o espelho de uma relação nada simples entre o panorama funcional e um panorama de bem-estar (Pais Ribeiro, 2001). No século presente existe uma busca incessante pela qualidade de vida que engloba uma vida saudável e aspetos relacionados com o bem-estar biológico e psicológico, como as condições de vida, de saúde, de habitação, de educação, de lazer, de liberdade, de trabalho, entre outras (Galisteu, Facundim, Ribeiro & Soler, 2006).

A qualidade de vida é multifatorial, baseada em fatores de perceção pessoal que podem variar com o tempo tornando-a num conceito subjetivo (contexto cultural, social e ambiental) e, por outro lado, baseada em fatores biomédicos, psicológicos e sociais criando um conceito objetivo (Pais Ribeiro, 2009).

Para muitos, usufruir de uma boa qualidade de vida é poder beneficiar de um conjunto variado de fatores, conseguindo fortalecer ao máximo as suas potencialidades, vivendo, sentindo, trabalhando e produzindo (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002).

Portanto, a concepção de qualidade de vida é ampla e tem em atenção não só a saúde física da pessoa, mas também o seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com o ambiente em que o indivíduo vive (WHOQOL Group, 1995, cit. por Canavarro et al., 2005).

4. VIUVEZ

A morte prevalece um mistério que o Homem não consegue derrotar, desvendar e/ou controlar (Carvalho, 2006) e, possivelmente, prezado como “um fim miserável, que a todos nos torna iguais” (Barros, 1998).

A morte do marido pode patentear a perda de um amor, de um confidente, de um bom amigo, do parceiro sexual, da fonte de renda, obedecendo às expectativas e tarefas atribuídas ao cônjuge (Parkes, 1998).

É ineludível o instante em que o casamento se deforma, em resultância do falecimento de um ou de ambos os cônjuges. A pessoa viúva viverá sozinha, com a impressão de pertencer a parte de uma unidade que já não existe mais (Lira, 2005).

Na idade avançada, a perda por viuvez é talvez, um dos acontecimentos mais normativos do ciclo da vida, é também, considerada por muitos um problema social (Car & Bodnar-Deren, 2009). Esta etapa acrescenta complexidade e dificuldades à vida de um adulto idoso, pelos novos desafios que tem de enfrentar (Parkes, 1988,1993).

Em Portugal, os viúvos representam 7% da população portuguesa, onde 81% é do sexo feminino. Podemos afirmar que as mulheres são mais suscetíveis à viuvez e que os homens abarcam as maiores taxas de mortalidade (INE, 2011; Lee & DeMaris, 2007).

A viuvez é identificada como uma das maiores causas do sofrimento humano porque está, profundamente, aliada a sentimentos de ausência de uma vinculação íntima, a sentimentos de vazio e abandono (Beal, 2006), instigando acontecimentos de grande stress (Bennett, Smith, & Hughes, 2005) não só devido à perda experienciada mas também porque encaminha para a necessidade de assumir novos papéis e responsabilidades (Carr et al, 2000) e para alterações, na grande maioria negativas, ao nível psíquico, social, económico, das condições de vida e da saúde física e mental (Car & Bodnar-Deren, 2009).

A perda do cônjuge significa, mais do que a perda da pessoa amada, a perda de parte da sua identidade. Na maioria das vezes, são casamentos de vários anos onde se constrói uma identidade partilhada e onde se constrói relações profundas com grande interdependência (Worden, 1998).

Com o aumento da esperança média de vida, a perda por viuvez constata-se cada vez mais tarde, contudo é um acontecimento expectável e que é vivido de modos totalmente diferentes obedecendo a vários fatores: vinculação e relação conjugal, processo de luto, género, circunstâncias da morte, grau de apoio da rede familiar e social, entre outros (Silva &

Ferreira-Alves, 2011; Barbosa, 2006). A extensão destas diferenças varia entre países, contextos culturais e religiosos, entre as mulheres e homens (Car & Bodnar-Deren, 2009; Lee & DeMaris, 2007).

Bowlby (1980) defende que o padrão de vinculação vai incutir formas distintas de reação à perda é, principalmente uma teoria de relações, de ligações, de laços que existem entre as pessoas (Hazan & Shaver, 1987) e, por isso, constitui um instrumento para o discernimento de diferenças individuais no luto e na viuvez (Silva & Ferreira-Alves, 2011).

A relação conjugal é significativa porque existe a possibilidade de não terem outro tipo de relação de proximidade (Bradley & Cafferty, 2001). Num estudo realizado por Carr et al. (2000) demonstrou-se que a viuvez é um preditor de depressão, sendo que os adultos idosos mais dependentes, ao nível instrumental (reparações ou gestão de finanças), do cônjuge apresentaram valores superiores de ansiedade quando comparados com adultos idosos menos dependes do seu cônjuge. Desta forma, idosos com maior grau de proximidade, maior dependência instrumental do cônjuge falecido e baixos níveis de conflitos no casamento tem mais dificuldades na adaptação à viuvez e níveis superiores de saudade, por outro lado, os que viveram num casamento conflituoso e com pouca ou nenhuma interdependência exibiram baixos valores de saudade (Carr et al., 2000).

A forma como os idosos adultos vivem a viuvez e os efeitos que este acontecimento tem sobre eles, difere dos homens para as mulheres, contudo ainda existem muitos resultados inconclusivos (Bennet et al., 2005; Car & Bodnar-Deren, 2009).

Num estudo sobre a viuvez, os viúvos obtiveram uma taxa de sobrevivência menor do que homens casados. Paralelamente, o luto não teve efeito sobre a saúde das mulheres (Helsing, 1981).

Lund, Caserta e Dimond (1993), através de estudos com pessoas enlutados por viuvez, perceberam que a falta de habilidades para lidar com os problemas quotidianos é uma das dificuldades mais sentidas durante o processo de adaptação à perda. Contudo, estas dificuldades não são iguais em género: nos homens o défice é sentido nas tarefas relacionadas com a cozinha, compras e limpeza da casa, proteção da saúde (tarefas associadas geralmente ao sexo feminino) enquanto as mulheres sentem mais obstáculos em tarefas relacionadas com as reparações em casa, na gestão das finanças e em questões legais (tarefas associadas geralmente ao sexo masculino). Desta forma, no casamento, as mulheres beneficiam a nível económico suplantando os homens que beneficiam ao nível social, emocional e ao nível das tarefas domésticas. Por esta razão, os homens parecem beneficiar dos papéis que cada um

ocupa durante o casamento o que nos leva a pensar que o homem depois de enviuvar terá mais encargos e stress, podendo-os deixar mais suscetíveis à depressão (Lee, Willetts & Seccombe, 1998). Stroebe (1998) menciona que os viúvos ostentam consequências mais rigorosas que as viúvas, pelo menos a nível psicológico com sintomatologia depressiva, entre as pessoas mais idosas (Lee DeMaris, 2007; Lee et al., 1998; Grootheest, Beekman, Groenou & Deeg, 1999) mas existem estudos que contrariam esta ideia e, resultados consistentes parecem não existir.

Contrariamente, existem alguns estudos que defendem níveis de depressão mais elevados em viúvas, mas a maioria desses estudos apresentam alguns problemas de precisão porque não incluem grupos de controlo e, por isso, os resultados podem ser confundidos com os efeitos do luto e, não propriamente resultados de depressão (Carey, 1977; Gilbar & Dagan, 1995, citados por Stroebe, Stroebe & Schut, 2001). Outros investigadores relatam níveis de depressão semelhantes aos dois géneros (Feinson, 1986; Gallagher et al., 1983; Lund et al., 1993; Weisman & Klerman, 1977, citados por Stroebe et al., 2001)

Assim, conclui-se que quanto maior for o nível de competências do cônjuge enlutado, maior será a sua capacidade em orientar e executar as suas tarefas habituais transportando-o para uma adaptação mais bem-sucedida do luto e à viuvez (Car & Bodnar-Deren, 2009).

Todavia, por princípio, é a esposa que monitoriza a saúde, pelo que, depois da perda confirmar-se um início de comportamentos de risco (por exemplo, problemas de sono, má alimentação, rejeição à medicação) e, por essa razão, viúvos mais recentes tem uma propensão para morrer de acidentes de viação, consequências contraídas pelo abuso do álcool, cancro do pulmão ou de doenças coronárias (Car & Bodnar-Deren, 2009).

Comummente, a complexidade da relação conjugal e a divisão e desempenho de papéis durante o casamento baseados no género reflete-se na vivência do luto e na adaptação ao novo estado civil (Silva & Ferreira-Alves, 2011; Carr et al., 2000).

Na viuvez, a mulher tem mais tendência manter este estado civil enquanto que os homens, mais facilmente reconstroem a sua vida marital depois da perda.

É necessário ter em atenção que experienciar a perda de pessoas próximas, incluindo do cônjuge, pode aumentar a consciência da mortalidade, levando à angústia e depressão (Moss, Moss & Hansson 2007; Worden, 1998). Fortificando este pensamento, alguns autores mencionam que existem evidências que propõe um crescimento psicológico posterior à viuvez (Shaefer & Mos, 2001; Wortman & Silver, 1990 cit por Carnelley et al., 2006), contudo vários autores referem a carência de pesquisas sobre o tema (Moss et al., 2007).

Um outro aspeto a salientar, prende-se com o facto de os adultos mais idosos apresentarem níveis de reatividade emocional mais moderados analogamente com os mais jovens, expressando um menor número de emoções positivas e negativas (Carr & Bodnar-Deren, 2009).

A viuvez, por norma, é idealizada como uma parte do ciclo da vida mais triste e solitária mas podemos permitir que gradualmente este crescimento e adaptação a esta nova fase possa trazer um olhar para o futuro mais amplo tomando decisões de gosto individual (Hansson, Remondet & Galusha, 1993). Apesar de todos os sentimentos arrebatadores ou dificuldades sentidas após a perda existem viúvos e viúvas que conseguem conceder um significado ao acontecimento lidando com a perda de um modo adaptativo, conservando a sua estabilidade emocional, fortalecendo as novas aprendizagens e atividades redefinindo a sua identidade pessoal, tornando o acontecimento ingrediente para o crescimento e resiliência (Dutton & Zissok, 2005). Conseguem, ainda, criar auto-confiança na capacidade de resolução de problemas quotidianos (Papalia & Olds, 2000)

No oposto ao processo de luto, a viuvez, é um estado contínuo e de longo prazo que proporciona uma ligação nas mudanças da condição emocional, social, económica e de estilo de vida (Kaprio, Koskenvuo & Rita, 1987) enquanto que o luto é uma resposta à morte de alguém significativo com consequências e significados pessoais (Bennett et al., 2005)

As circunstâncias em que a morte ocorreu, repentina e súbita ou esperada, não influencia diretamente a vivência da viuvez mas traduz-se diretamente no processo do luto. A chegada esperada da morte permite o trabalho antecipado do luto (Shaefer & Moss, 2001) levando a um processo menos penoso enquanto que a morte repentina contribui para que o luto seja complicado e com alguns riscos associados (Parkes, 1998; Sanders, 1993).

5.LUTO

A vida e a morte andam lado a lado marcando presença no dia-a-dia dos indivíduos e à medida que as etapas do ciclo vital vão sendo realizadas e vividas, o Homem aproxima-se, incontornavelmente, do destino final – a morte. Contudo, ao longo destas etapas vivemos momentos penosos de perda de pessoas significativas e o processo de luto desencadeia-se, quase que, automaticamente e como algo, irremediavelmente, necessário para progredir no ciclo (Melo, 2004). Assim, todo o processo que decorre entre a perda e a redefinição da vida obriga a um período de demora: é o tempo do luto (Rebelo, 2004).

Parkes (1998) define luto como o conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que brotam como uma resposta natural a um evento natural e inevitável da vida – a morte de uma outra pessoa – e apresenta-se como uma reação à perda da pessoa com significância. Papalia e Olds (2000) definem o luto como um processo de ajustamento em todos os aspetos da vida do enlutado. Já Sanders (1999), explica que o luto é o estado que a pessoa experimenta depois de ter consciência da perda. Enquanto que, Reed (1998) define o luto como um construto multidimensional, um jogo complexo de reações fisiológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais.

Cada individuo realiza o processo de luto – mecanismo universal - de forma idiossincrática que varia conforme a sua personalidade, valores individuais, faixa etária, experiencias já vividas e o tipo e afetividade que mantinha com a pessoa que faleceu (Melo, 2004; Parkes, 1998; Barbosa, 2010). Bowlby (1973) relata que quando se perde algo significativo, existem comportamentos biológicos, respostas automáticas, como chorar, agarrar e procurar inerentes ao Homem que surgem como atitudes responsivas face à perda, por forma a restabelecer o equilíbrio perdido. Não é um processo linear, com limites concretos mas um composto de fases que se podem sobrepor ao longo do tempo (Barbosa, 2010).

Contudo, estudos revelam que pessoas enlutadas mais jovens demonstram maiores níveis de angústia, depressão e ansiedade relativamente a pessoas mais velhas (Reed, 1998).

Desde o século passado que vários autores tentam explicar o processo do luto, entre os quais Freud, Parkes, Worden, Stroebe e Shut, entre outros.

Freud (1917) descreveu o que viria a ser o primeiro modelo de explicação psicodinâmica do luto, neste atesta a existência de um processo psicológico associado à experiência de perda. Este alude à retirada gradual de energia emocional ao ente perdido

através de um processo lento, sendo que durante este intervalo a pessoa perde o interesse por tudo e é arrebatada por sentimentos de desespero. O luto distancia o indivíduo de atitudes habituais porém esta separação não é patológica e é, facilmente, ultrapassada após algum tempo.

Existem vários modelos teóricos que expõem e explicam o processo do luto e cada um apresenta vantagens e desvantagens. Nesta revisão são apenas apresentados dois modelos: o modelo de Bowlby de 1973 (Fonte: Bowlby, 1973) dividido em quatro fases, e o modelo de Parkes (Fonte: Worden, 2002) dividido em quatro tarefas. Estas fases ou tarefas requerem esforço e ambos os modelos criam degraus com objetivo de chegar ao equilíbrio bio-psico-social do enlutado.

Tabela 1. Modelo Teórico de Bowlby

Modelo de Bowlby	
Fase do entorpecimento	A reação à morte é pessoal e varia com a época. A maioria sente choque e alguns não são capazes de acreditar na novidade. Numa primeira etapa, o enlutado pode prosseguir a sua vida num modo habitual, quase que em modo mecânico. Contudo, poderá sentir-se tenso e apreensivo mas, aparentemente, sente-se uma calma que pode ser quebrada a qualquer momento por um episódio explosivo acompanhado de ataques de pânico ou sentimentos de raiva.
Fase do anseio e busca da figura perdida: raiva	Ultrapassadas algumas horas ou dias após a perda, o enlutado começa a interiorizar a perda e a ocorrer mudanças, embora apenas episodicamente, o que leva a momentos de angústia, choro e desânimo. Simultaneamente, ocorre agitação, insónias, recordações do cônjuge perdido conciliadas com sentimentos da sua presença real e uma acentuada tendência para interpretar sinais ou sons como uma indicação de que ouve um retorno. Outra característica desta fase é a raiva.
Fase da desorganização e desespero	Parece ser necessário atravessar momentos de desespero e se tudo correr como esperado esta é a fase onde o enlutado reflete sobre o acontecimento e redefine a situação e a si mesmo. Esta redefinição do eu é tão essencial como dolorosa, é o dissolver de qualquer expectativa de recuperar a pessoa amada e restabelecer o passado. Só quando existir esta redefinição é que será possível observar e perspetivar o futuro.
Fase da reorganização	Adoção de novos papéis e aquisição de novas capacidades, concomitantemente, surgem sentimentos de confiança e independência de acordo com grau de sucesso da adaptação. Existirá uma constante tensão e sentimentos de solidão, principalmente, no momento da noite.

Fonte: Bowlby, 1973

Tabela 2. Modelo Teórico de Parkes

Modelo de Parkes	
Aceitar a realidade da perda	Período de descrença e surpresa de que a morte seja real sendo necessário criar processos de aceitação de que a pessoa perdida não regressará.
Trabalhar a dor advinda da perda	O enlutado deve admitir que tem de sentir a dor da perda porque evitar e/ou suprimir a dor só prolonga o processo de luto. A negação da presença da dor pode acarretar, futuramente, lutos patológicos ou alterações psiquiátricas.
Ajustar-se a um	A realização desta tarefa depende da relação com a pessoa falecida e dos diversos papéis

ambiente em que o falecido está ausente	que esta desempenhava. Desta forma, existe três ajustamentos possíveis após a perda: ajustamento externo (atividades rotinas e diárias), ajustamento interno (redefinição do self) e ajustamento de crenças (ideais, valores e crenças em relação ao mundo).
Transferir emocionalmente o falecido e prosseguir com a vida	Depois de terminar esta tarefa o enlutado deixa de precisar de recordar, frequentemente, a representação do falecido e estabelece novos vínculos e/ou fortalece outros na sua vida.

Fonte: Worden, 2002

Os dois modelos teóricos descritos têm pontos em comum pois advogam que não é necessário o enlutado passar por todas as fases, a ordem das fases pode não ser a pré-estabelecida e que quando todas as fases foram ultrapassadas o processo do luto está terminado. Todos os modelos descrevem sintomas fisiológicos, cognitivos, espirituais, emocionais e comportamentais que podem ser demonstrados ao longo de todo o processo (Kagan, 2001), exaltando sentimentos como a tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, choque, entorpecimento, inquietude, choro, distanciamento social, incredulidade, sentido de presença do morto, confusão, preocupação e até alucinações (Worden, 2002).

Stroebe et al., (2001) edificaram uma teoria que valoriza a ideia de um processo dinâmico no confronto com a perda – o Modelo Dual do Luto. Esta teoria presume que haja uma oscilação entre a orientação para a perda e uma orientação para a reestruturação, no sentido de enfrentar a dor e criar autoestima (Lund et al., 1993).

Quando o enlutado é capaz de pensar e/ou falar sobre a perda sem dor ou sofrimento podemos atestar que a pessoa terminou o seu processo de luto e está novamente preparada para recuperar o interesse pela vida, criar novas esperanças e adaptar-se aos novos papéis que lhe vão ser exigidos. Quanto à durabilidade do processo, não há uma resposta irrevogável, sendo inexecutável definir uma data explícita (Worden, 2002). Sanders (1999), vai mais longe e, assegura que as regressões são inevitáveis num processo de luto.

O luto normal é experienciado pela maioria dos enlutados e, progressivamente, aceitam a perda como uma realidade suplantando sentimentos de descrença, dor e desespero (Prigerson, 2004). Com o passar do tempo, os indivíduos que experienciaram a perda de alguém com significância, conseguem retomar as suas vidas nas suas funções habituais, habituando-se à perda de uma forma mais ou menos regular (Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski 2007).

Depois de algum tempo de se ter dado a perda, predomina a aceitação do acontecimento e provoca o lançamento do enlutado para uma realidade que até ali, tinha vindo a ignorar e a afastar-se. Nesta fase já consegue desfrutar de atividades de lazer (Boelen &

Prigerson, 2007). E, apesar da perda de alguém ser o acontecimento mais doloroso que uma pessoa pode viver, na maioria dos enlutados, não é necessário uma intervenção clínica (Prigerson et al., 1997; Boelen, Bout & Hout, 2003)

Parkes (1998) sentencia o apoio social e o isolamento como elementos decisivos na vivência do luto, salientando a rede de apoio como facilitadora do processo. Essa rede é constituída por familiares, vizinhos, amigos, entre outros. O apoio das pessoas transporta uma sensação de segurança para o viúvo, pois este entende que não está sozinho, neste momento pungente.

Existe a necessidade de aprender novos papéis, sem o apoio da pessoa com quem se costumava partilhar os desafios. Por fim, o luto é uma vivência de crise, e reúne alterações ao nível de planos, hábitos, costumes, circunstâncias e comportamentos (Parkes, 1998).

Há décadas, que se estuda o efeito do luto na saúde mental, este processo esta intimamente ligado a perturbações depressivas, ansiedade, desespero, descrença e anestesia emocional (Bowlby, 1961). Paralelamente, foram descritos efeitos adversos sobre a saúde física como perda temporária de imunidade corporal, aumento do número de idas ao médico, hospitalizações, cirurgias e um aumento da taxa de mortalidade das populações enlutadas, quando comparadas à população geral (Parkes, 1998; Kato e Mann, 1999; Bennett, 1998).

Considerando o luto e a depressão em categorias diferentes e com elementos independentes em conclusões clínicas, na prática, a distinção de ambas, pode ser complexa (Parkes, 2002). Carreiro (2003) ajuda a clarificar, na depressão o indivíduo perdeu o amor do objeto, por sua vez, no luto, o indivíduo perdeu esse objeto.

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Edição e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM V Edição2, capacitam o luto como algo detentor de um stress normativo e, apesar de fazer a diferenciação entre o luto normal e a Perturbação Depressiva Major, não assumem que as demonstrações inerentes ao processo de luto possam transforma-se em elementos patológicos (Prigerson et al., 1997; Shear et al., 2001).

Assim, quando o luto não se desenvolve de forma adaptativa podemos estar diante de um luto complicado com sintomas disruptivos (Barbosa, 2010). Barbosa (2010) destaca cinco formas de viver o luto complicado: (1) luto traumático; (2) luto inibido; (3) luto crónico; (4) luto exagerado e (5) luto indizível – privado de direito.

Apesar de acarretar tempo, as formalidades tradicionais, como o funeral, ajudam a maioria dos enlutados a prosseguirem na aceitação da perda (Barbosa, 2010).

Permanecem diferenças entre a solidão e o luto, a solidão é o sentimento que encaminha ao isolamento social, ao invés do luto que é, fundamentalmente, um intervalo de tempo posterior à perda de um ente querido e, apropriado à dor que a pessoa sente pode desencadear ocasiões de solidão e isolamento social (Beal, 2006).

6.SOLIDÃO

A solidão é um conceito muito subjetivo e sentido de forma diferente por cada pessoa, por isso, são várias as tentativas de definição deste conceito (Dias, 2006).

São vários os autores que tentam apresentar uma definição mas, ainda, não existe uma definição mundialmente aceita porque este conceito pode gerar vários significados dependendo da experiência de cada um (Neto, 2000). A solidão pode ser sentida quando estamos realmente sozinhos mas pode ser experienciada quando estamos na companhia de alguém mas não há aproximação psicológica, não existe interação ou comunicação emocional, no fundo a solidão caracteriza-se pela falta de satisfação que o ser humano sente em relação ao relacionamento social que desfruta (Moreira & Calou, 2006; Neto, 1989).

Em pessoas idosas existe uma intensa associação entre a viuvez e a solidão, conclui Ussel (2001) e Paúl (1991) nos seus estudos, que se deve essencialmente à perda de uma relação íntima, confiante e, por vezes muito intensa. Idosos enlutados identificam a solidão como o sentimento que carrega mais dificuldades na vida deles (Lund et al., 1993), na maioria das vezes acarreta sentimentos de abandono fazendo com que os próprios idosos a evitem a participação nas suas redes sociais habituais. Contudo, não é fácil definir o sentimento de solidão causado pela perda de um cônjuge, pois, na maioria das vezes o sentimento já existe foi apenas potencializado pela morte do parceiro de uma vida (Ussel, 2001).

Os investigadores têm proposto cinco grupos de fatores principais determinantes na solidão dos idosos, os quais têm-se mostrado consistentes e na sua maioria são elementos inter-relacionados: (1) recursos sociodemográficos (viver sozinho, género feminino, não ter filhos vivos, circunstâncias de vida, 75 ou mais anos); (2) recursos materiais (pobreza, baixo nível educacional); (3) recursos de saúde (deficiência, função cognitiva, ansiedade, depressão); (4) recursos sociais (suporte da rede social, isolamento) e (5) acontecimentos do ciclo de vida (perdas recentes) (Pinquart & Sorensen, 2001; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005).

Estas ilações estão de acordo com a ideia apresentada por Neto (1999), que refere que a aposentadoria e a detioração do estado de saúde despojam os indivíduos de muitos papéis e ligações importantes que fizeram parte da construção da identidade pessoal.

Estudos efetuados com grupos de casados e grupos de viúvos identificaram diferenças significativas em relação ao estado civil. O grupo de idosos casados manifestou menos sentimentos de solidão, pontuou mais positivamente o ambiente e o apoio das redes sociais e

apresentou níveis mais elevados de bem-estar do que o grupo dos viúvos (Sequeira e Silva, 2003).

Como já foi constatado em temas anteriores, na terceira idade, acontecem mudanças nos papéis sociais impondo uma constante adaptação do indivíduo a cada etapa do ciclo da vida. Nestas fases, as relações sociais são extremamente fulcrais na prevenção da solidão (Figueiredo, 2007). O contacto com outras pessoas poderá promover a aquisição de hábitos saudáveis e fomentar o bem-estar psicológico (Ramos, 2002). Além disso, as redes sociais, reduzem o isolamento social e a solidão e estimulam a satisfação para com a vida (Ramos, 2002; Sequeira e Silva, 2003; Paúl, 2005).

7.O PAPEL DE UM ANIMAL NA SOLIDÃO

De acordo com o Artigo 2º do Decreto-Lei 276/2001, de 17 de Outubro, entende-se por animal de estimação/companhia “Animal de companhia» qualquer animal detido ou destinado a ser detido pelo homem, designadamente no seu lar, para seu entretenimento e companhia” (Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa), como é o caso dos cães, gatos, hamsters, chinchilas, furões, esquilos, coelhos, peixes, pássaros, tartarugas, cobras, lagartos e tarântulas, por exemplo.

A ligação com animais de estimação influencia, de forma positiva, a saúde de adultos idosos porque a sua presença pode funcionar como um estímulo à conversa com outras pessoas. Desta forma, os animais de estimação podem proporcionar um aumento do status social (Suthers-McCabe, 2001).

Vários são os benefícios relatados na aquisição de um animal de companhia pois o animal de estimação não oferece competição mas sim fidelidade e podem ser amados sem o medo da rejeição – sentimento de pertença, estes provocam experiências estimulantes e incutem sentimentos de humor e brincadeira, e segurança o que pode levar ao aumento ou à reestruturação da autoestima (Suthers-McCabe, 2001).

Num contexto contemporâneo, existem novas concepções de família sendo que alguns grupos familiares incluem o animal de estimação no seio familiar. Muitas famílias, consideram o seu animal de estimação como um membro da família, noutros casos o animal pode tornar-se o substituto de filhos ou outros familiares ausentes. Os animais proporcionam um desenvolvimento na qualidade de vida das pessoas, sobretudo nas mais idosas, aumentando estados de felicidade, reduzindo sentimentos de solidão e melhorando funções físicas (aumento do número de caminhadas) (Allen et al., 2002) e a saúde emocional. A vida das pessoas mais idosas é, na maioria das suas vezes, marcada pela desorganização nas perdas e mudanças (perda de um cônjuge ou a entrada na reforma), assim, nestes casos, os animais podem minimizar os efeitos das perdas e trazer um conforto, nestes momentos agonizantes e onde muitas vezes a rápida adaptação ao acontecimento é imposta pelo ritmo da vida (Faraco, 2008)

Desta forma, a relação homem-animal é, possivelmente, mais intensa e profunda na velhice do que noutras faixas etárias (Suthers-McCabe, 2001).

Como a tendência de viver sem uma companhia humana aumenta no contexto contemporâneo, interações sociais alternativas tornam-se muito importantes à manutenção da

saúde e do sentimento de bem-estar (Ramos, 2002), e o animal é uma das soluções apresentadas aos adultos mais idosos.

Allen et al., (2002) realizou vários estudos com indivíduos com animais de estimação e indivíduos sem convivência com animais de estimação e encontrou resultados muito satisfatórios ao nível da saúde. Adultos com animais de estimação sofrem de uma redução de alguns fatores de risco cardiovascular, como a pressão arterial e os níveis de triglicédeos devido à diminuição da percepção do stress. É de salientar, que pessoas que já tiveram experiências de ataque cardíaco e são proprietárias de animais de estimação apresentaram maior taxa de sobrevivência do que aqueles que não tem qualquer animal de companhia. E, ainda, apresentam menos necessidade de visitas ao médico. Poderá, ainda, haver uma diminuição do número de quedas (Raina, Waltner-Toews, Bonnett, Woodward & Abernathy 1999).

Desta forma, os animais de estimação têm sido apresentados como uma fonte de suporte social, sendo cada vez maior o número de pessoas que intitulam os seus animais como “membros da família”, tornando-os humanizados, pois muitos conversam como se fossem pessoas ou tratam como confidentes (Beck & Katcher, 2003; Ramos, 2002).

Alguns mecanismos têm sido apontados para explicar a natureza da relação entre o homem e o animal de estimação, como por exemplo, o animal oferece conforto, companhia e é um facilitador social; reforçam o orgulho próprio através do seu amor incondicional; são uma ajuda essencial em problemas psicológicos e fisiológicos e ajudam o Homem a ligar-se à natureza (Vining, 2003)

Bagley e Gonsman (2005) acrescentam que as mulheres têm maior vínculo que os homens aos animais, os jovens mais do que os pais e os solteiros mais do que os casados.

Contudo, é difícil a análise e a quantificação dos aspetos positivos provenientes da convivência com um animal de estimação porque caem na esfera de sentimentos e sensações (Kitagawa & Coutinho, 2004).

PARTE 3 – METODOLOGIA

8.METODOLOGIA

8.1Amostra

A amostra foi constituída por 101 indivíduos viúvos, dos 26 aos 89 anos. A amostra feminina representa 75,2% da amostra total.

No contexto feminino a média de idades do total da amostra é de $70,6 \pm 8,3$ anos enquanto no masculino a média de idades do total da amostra é de $65,6 \pm 17,4$ anos.

Todos os indivíduos concederam o seu consentimento informado por escrito, de modo a participarem no estudo.

Nenhum dos participantes é institucionalizado.

8.2Instrumentos

8.2.1Ficha de Dados Sociodemográficos

A ficha de dados sociodemográficos contém elementos importantes para a avaliação sociodemográfica do grupo, para isso, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, escolaridade, agregado familiar, situação habitacional, situação profissional, situação parental, número de filhos, tempo de casamento, satisfação com o casamento, quantidade e aquisição de animais de estimação). A ficha foi aplicada e preenchida pelo investigador.

8.2.2Questionário sobre o luto (QSL)

O Questionário sobre o luto (QSL) foi criado por Carvalho (2006) a partir das questões do *Grief Questionnaire* de *Candyce Ossefort-Russel*, com a devida autorização. Este questionário envolve questões de foro pessoal, o contexto da perda, como se deu e o processo que a desencadeou e permite perceber as alterações e transformações que acontecem na vida de indivíduos em luto.

8.2.3 Escala de Solidão

A Escala de Solidão de Paúl, Fonseca, Ribeiro e Teles (2006) consiste em responder 3 questões diretas de autoavaliação de acordo com os níveis atuais de solidão dos participantes. A primeira pergunta tem 4 opções de escolha, a segunda tem 8 opções de escolha e, por último, a terceira pergunta tem 3 opções de escolha (Paúl, Fonseca, Ribeiro e Teles, 2006).

8.2.4 Escala de Estilos de Vida

A escala de estilos de vida de Campôa, Ribeiro e Cruz (2009), é uma escala que avalia os estilos de vida. Esta é constituída por 27 itens nos quais o indivíduo é questionado sobre a frequência com que realiza cada uma das situações expostas.

Nas instruções é pedido aos indivíduos que indiquem o grau em que as atividades descritas constituem os seus hábitos de vida. As respostas são assinaladas numa escala tipo Likert de 5 graus que vão desde 1 - Nunca a 5 - Sempre. Os itens são cotados de 1 a 5 com exceção dos itens 3, 21 e 24 que são de cotação inversa. Os resultados da escala são de cotação direta e podem variar entre 27 e 135, sendo que quanto mais elevada a pontuação do sujeito melhores serão os seus estilos de vida (Campôa et al., 2009).

No total dos 27 itens, o fator 1 diz respeito à “atividade” e engloba os itens 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 16, 20, o fator 2 “sociabilização” abrange os itens 2, 9, 11, 15, 19, 23, 26, 27, o fator 3 “cooping adaptativo” aglomera os itens 13, 17, 21, 24, o fator 4 “cuidados com a alimentação” abarca os itens 6, 18, 22, 25, e o último fator, o quinto, “cuidados com a saúde” engloba os itens 4 e 8 (Campôa et al., 2009).

8.2.5 WHOQOL-BREF

O questionário WHOQOL-BREF, denominado *brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire*, possui 26 questões sendo disposto em 4 domínios de Qualidade de Vida: (1) físico, (2) psicológico, (3) relações sociais, e (4) ambiente, e inclui duas perguntas sobre a qualidade de vida geral e outra sobre a satisfação com a saúde que funcionam como indicadores globais (Canavarro et al, 2005).

As respostas são dadas através de quatro escalas de (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) numa escala de tipo Likert de 5 pontos e encontram-se enunciadas

quer de forma positiva, quer de forma negativa sendo que três itens, que foram formulados de forma negativa, devem ser invertidos, pois os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo e a interpretação dos resultados é feita de forma linear, isto é, resultados mais elevados caracterizam uma melhor qualidade de vida. Os resultados, tanto dos domínios como o geral, de 1 a 2,9 é necessário fazer modificações para melhorar a qualidade, de 3 a 3,9 representa uma qualidade regular, de 4 a 4,9 considera-se uma qualidade de vida boa, já resultados com 5 afirma-se que existe uma qualidade muito boa (Canavarro et al, 2005).

8.3 Procedimentos

Na altura da recolha de dados os participantes do estudo foram contactados pessoalmente pela investigadora. Na abordagem inicial individual, foi-lhes esclarecido os objetivos da investigação, da possibilidade de participar ou não, o tempo de aplicação do conjunto de questionários e o sigilo da identidade. Após aceitarem as condições, preencheram o Consentimento Informado para a Participação na Investigação (Anexo A) realizou-se o preenchimento dos questionários pela investigadora. A aplicação dos questionários decorreu entre Dezembro de 2015 a Março de 2016. O tempo consumido por cada indivíduo foi em média 20 minutos porque muitos dos participantes tinham a necessidade de contar as suas histórias de vida.

8.4 Procedimento Estatístico

Os dados obtidos foram sujeitos a uma análise descritiva, a fim de obter as frequências absolutas e relativas, e média e desvio padrão, consoante as variáveis.

Para a análise inferencial foi efetuado o teste Qui-quadrado para as variáveis ordinais, e os testes paramétricos, nas variáveis em escala, t-teste para amostras independentes e One-Way ANOVA com comparação múltipla *a posteriori* de Bonferroni. Considerou-se como nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) sendo os dados tratados com o programa informático SPSS Statistics (Statistical Package for Social Science).

9. RESULTADOS

Dados sociodemográficos.

Na amostra feminina com idade inferior a 65 anos representam 17,8% do total da amostra com uma média de idades de $58,9 \pm 4,7$ anos e com idade igual ou superior são 57,4% que obtêm uma média de idade de $74,3 \pm 5,3$ anos.

A amostra masculina representa 24,8% da amostra total sendo que 11,9% homens com idade inferior a 65 anos apresentando uma média de idade de $51,9 \pm 14,1$ anos e 12,9% homens com idade igual ou superior a 65 anos com uma média de idade de $78,5 \pm 7,3$ anos.

Na amostra de 101 participantes, e relativamente ao nível de escolaridade, 59,4% eram detentores do 1º ciclo (1º ao quarto ano), 5,9% tinham o 2º ciclo (5º e 6º ano), 11,9%, o 3º ciclo (9º ano), 3% completaram o Secundário (12º ano), 7,9% possuíam o Ensino Superior e 11,9% relataram ausência de escolaridade (Tabela 3)

Tabela 3. Resultados de escolaridade de acordo com o sexo e total da amostra

	Feminino		Masculino		Total da amostra	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de escolaridade	8	10,5	4	16,0	12	11,9
1º Ciclo (1º ao 4º ano)	51	67,1	9	36,0	60	59,4
2º Ciclo (5º e 6º ano)	4	5,3	2	8,0	6	5,9
3º Ciclo (9º ano/antigo 5º ano)	6	7,9	6	24,0	12	11,9
Secundário (12º ano/antigo 7º ano)	3	3,9	0	0,0	3	3,0
Ensino Superior	4	5,3	4	16,0	8	7,9
N	76	100	25	100	101	100

Quanto à composição do agregado familiar dos participantes, os homens evidenciam valores mais altos, obtendo uma média de $1,4 \pm 0,5$ ($m=1$) pessoas, ao passo que as mulheres obtiveram uma média de $1,3 \pm 0,5$ ($m=1$) pessoas.

No que diz respeito à situação habitacional, 93,1% viviam em habitação própria enquanto que 6,9% viviam em casa de familiares sendo que deste valor 5% eram mulheres. Já

na situação profissional, 20,8% são indivíduos ativos, 11,9% estão numa situação de desemprego e 67,3% beneficiam do plano de reforma.

Relativamente ao número de filhos, 90,1% da amostra tem filhos, no seio feminino com idades inferiores a 65 anos a média de número filhos é de $2,3 \pm 1,6$ (m=2), mulheres com mais de 65 anos a média é de $3,6 \pm 2,1$ (m=3). No contexto masculino com idades inferiores a 65 anos a média é de $2,4 \pm 1,6$ (m=2) filhos e em idades superiores a 65 anos a média é de $3,4 \pm 2,3$ (m=3) filhos.

O tempo de casamento dividiu-se em 6 grupos: menos de 1 ano, 1 a 2 anos, 2 a 5 anos, 5 a 10 anos, 10 a 20 anos e mais de 20 anos sendo os resultados 3%, 4%, 5,9%, 5,0%, 16,8% e 65,3%, respetivamente, estando a grande fatia concentrada nos casamentos mais longos.

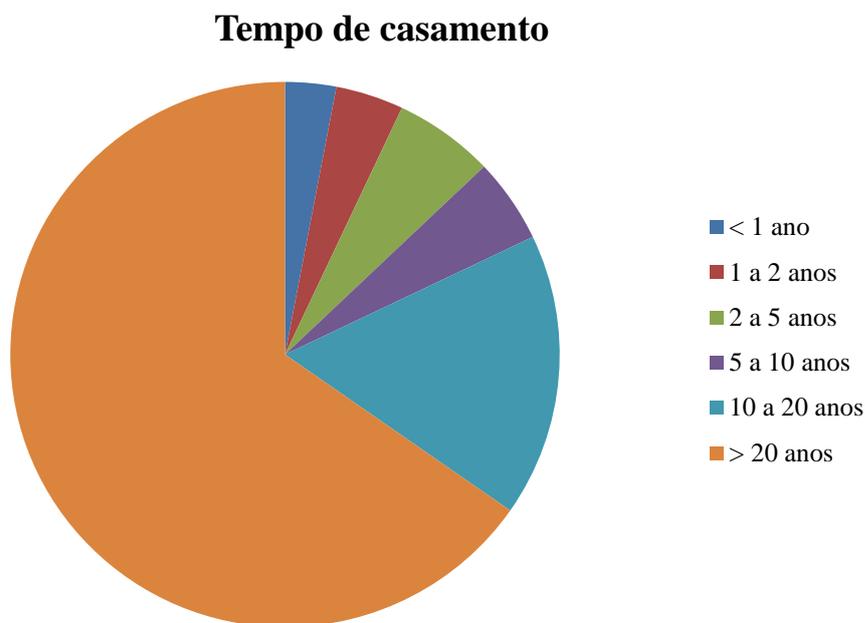


Figura 1. Resultados do tempo de casamento da amostra total

Em relação à satisfação com o casamento, 5% das mulheres e 10,9% dos homens mostraram-se plenamente satisfeitos, 14,9% das mulheres e 8,9% dos homens demonstraram estar muito satisfeitos, 35,6% das mulheres e 1% dos homens indicaram estar satisfeitos com o casamento, 8,9% das mulheres e 3% dos homens revelaram estar pouco satisfeitos com o casamento, já 10,9% das mulheres e 1% dos homens esclareceram estar nada satisfeitos com o casamento. No total, 76,2% da amostra revelou positivismo face ao seu casamento contrariamente aos 23,8% da amostra que demonstrou a insatisfação com o casamento.

Tabela 4. Resultado da Satisfação com o casamento por gênero

	Feminino		Masculino		Total da amostra	
	N	%	N	%	N	%
Plenamente Satisfeito	5	5,0	11	10,9	16	15,8
Muito Satisfeito	15	14,9	9	8,9	24	23,8
Satisfeito	36	35,6	1	1,0	37	36,6
Pouco Satisfeito	9	8,9	3	3,0	12	11,9
Nada Satisfeito	11	10,9	1	1,0	12	11,9
N	76	75,2	25	24,8	101	100

Relativamente à presença de animais de estimação, dos 101 inquiridos, 81 tinham ou adquiriram animais de companhia depois de enviudar. São os homens que têm um número médio superior (média = $1,7 \pm 1,0$ animais) comparativamente às mulheres (média = $1,2 \pm 0,9$ animais). Porém, as mulheres adquiriram mais animais depois da perda do cônjuge (54,3% contrapondo com os 12,3% dos homens).

No total da amostra, 29,6% já tinham animais de estimação aquando da perda do companheiro, 66,7% adquiriu um animal de estimação depois da perda da pessoa amada e 3,7% já tinham animais de estimação antes da viuvez e adquiriu mais animais depois da perda.

Tabela 5. Resultados da aquisição de um animal de estimação antes ou depois da perda do cônjuge

	Total da amostra	
	N	%
Antes	24	29,6
Depois	54	66,7
Antes e Depois	3	3,7
N	81	100

Questionário sobre o luto

Neste questionário existem alguns valores que se destacam, nomeadamente, quando a perda se deu há mais de 5 anos, 13,9% da amostra tem idade inferior a 65 anos e 46,6% da amostra tem idade superior a 65 anos.

Tabela 6. Resultados do tempo de perda por faixa etária

	<65 anos		≥ 65 anos		Total da amostra	
	N	%	N	%	N	%
0-6 meses	4	4	10	9,9	14	13,9
6 meses - 1ano	7	6,9	2	2	9	8,9
1 – 2 anos	1	1	6	5,9	7	6,9
2-5 anos	4	4	6	5,9	10	9,9
Mais de 5 anos	14	13,9	47	46,6	61	60,4
N	30	29,7	71	70,3	101	100

A maioria dos participantes sempre que precisaram de ajuda, depois da perda, foi capaz de pedir ajuda (38,6% da amostra). Contudo, o grupo dos reformados (31,7%) e dos satisfeitos com o casamento (16,8%) foi quem pediu mais ajuda paralelamente aos ativos (7%) ou desempregados (0%), que na sua maioria raramente ou nunca pediram ajuda, respetivamente.

Tabela 7. Resultados da capacidade de pedir de ajuda por faixa etária e situação profissional

	<65 Anos		>65 Anos		Ativo		Desempregado		Reformado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim, sempre que necessitei	4	4	35	34,7	6	5,9	1	1	32	31,7
Sim, em algumas ocasiões	7	6,9	12	11,9	4	4	4	4	11	10,9
Raramente	15	14,9	12	11,9	7	6,9	7	6,9	13	12,9
Nunca	4	4	12	11,9	4	4	0	0	12	11,9

Os indivíduos que mais se destacaram na capacidade de receber ajuda quando lhes foi oferecido foram: as mulheres (42,6%), com mais de 65 anos (40,6%), reformados (40,6%) e os que se dizem satisfeitos com o casamento (19,8%).

A maioria recebeu ajuda dos filhos adultos (62,4%).

Tabela 8. Resultados do apoio recebido após a perda

	Total da amostra	
	N	%
Filhos adultos	63	62,4
Irmãos	10	9,9
Outros membros da família	4	4
Amigo/a	1	1
Outro	23	22,8
N	101	100

Durante o período de luto, 33,7% diz não ter tido apoio, contudo, 58,4% diz ter tido bastante apoio, mas no que diz respeito à capacidade de lidar com os sentimentos de tristeza sozinho, cerca de metade da amostra (49,5%) gosta de resolver as coisas sozinho/a.

81,2% da amostra considera que “o apoio que recebeu ou não recebeu” nos 6 meses após a perda não influenciou a sua capacidade de lutar contra a tristeza a curto ou a longo prazo. Porém, é importante salientar que os grupos pouco satisfeitos ou nada satisfeitos com o casamento (12,9% de 18,8% da amostra) são a maioria a afirmarem que esse apoio ou não influenciou a sua luta.

As experiências de dor, por vezes, podem alterar as relações com os outros, neste sentido, os grupos que se destacaram com mudanças positivas foram os indivíduos com mais de 65 anos (32,7%), os reformados (31,7%), e os satisfeitos, pouco satisfeitos e nada satisfeitos (19,8%, 7,9% e 7,9%, respetivamente) com o casamento. Paralelamente, aqueles que não sentiram qualquer mudança no comportamento face aos outros são os indivíduos com menos de 65 anos (20,8%), ativos profissionalmente (13,9%) e os plenamente e muito satisfeitos com o casamento (12,9% e 10,9%, respetivamente).

Tabela 9. Resultados das mudanças de relações com os outros por faixa etária e situação profissional

	<65 Anos		>65 Anos		Ativo		Desempregado		Reformado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim, para melhor	9	8,9	33	32,7	7	6,9	3	3	32	31,7
Sim, para pior	0	0	10	9,9	0	0	0	0	10	9,9
Não, de modo algum	21	20,8	28	27,7	14	13,9	9	8,9	26	25,7
N	30	29,7	71	70,3	21	20,8	12	11,9	68	67,3

Tabela 10. Resultados das mudanças de relações com os outros por satisfação com o casamento

	Plenamente satisfeito		Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Nada satisfeito		Total da amostra	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim, para melhor	1	1	5	5	20	19,8	8	7,9	8	7,9	42	41,6
Sim, para pior	2	2	8	7,9	0	0	0	0	0	0	10	9,9
Não, de modo algum	13	12,9	11	10,9	17	16,8	4	4	4	4	49	48,5
N	16	15,8	24	23,8	37	36,6	12	11,9	12	11,9	101	100

Em relação às mudanças relativas à forma de estar na vida, o grupo dos reformados (30,7%) e os grupos pouco e nada satisfeito com o casamento (6,9% e 9,9%, respetivamente) apresentaram valores de melhoras na forma de estar com a vida, por conseguinte, os grupos ativos (10,9%), plenamente satisfeito, muito satisfeito e satisfeito com o casamento (8,9%, 6,9% e 15,8%, respetivamente) revelaram que não houve mudanças na sua forma de estar com a vida depois da perda.

Escala de solidão

Na pergunta “Costuma a sentir-se só?”, as respostas são distribuídas: 14,9% da amostra respondeu que sente-se sempre sozinha/o, 22,8% sente-se muitas vezes sozinha/a, 32,7% sente-se sozinha/o alguma vezes e 29,7% nunca se sente só.

Destaca-se, a amostra com menos de 65 anos que a sua maioria sente-se muitas e algumas vezes sozinhas/os (7,9% e 13,9%, respetivamente), contraponto com o grupo com mais de 65 anos que na sua maioria (26,7%) responderam nunca se sentirem sós.

Pelos resultados, 28,7% da amostra diz sentir-se só no período da noite e 25,7% diz sentir-se sempre sozinhas/os. Destaca-se, apenas o grupo plenamente, muito e satisfeitos com o casamento sentem solidão no período da noite (8,9%, 5% e 12%, respetivamente) enquanto que os grupos de pouco ou nada satisfeitos com o casamento, na sua maioria, (4% e 5%, respetivamente) não sentem solidão em nenhum momento.

59,4% da amostra revelou que nem se sente mais nem menos só que há um ano, 28,7% revelou que se sente mais só que há um ano e 11,9% revelou que se sente menos só que há um ano.

Escala de Estilos de Vida

O padrão de valores utilizado para este teste é de 27 a 135, quanto maior for o valor melhor será o estilo de vida. Os indivíduos do género feminino arrecadam uma média de $96,1 \pm 13,9$ enquanto os homens ficam pelo valor de $91,4 \pm 17,8$. Nos grupos etários, os valores são semelhantes aos do género, indivíduos com menos de 65 anos obtiveram uma pontuação de $92,4 \pm 13,7$ e indivíduos com idade superior a 65 anos ficaram com uma média de $96,6 \pm 15,6$.

Na escolaridade revelaram-se algumas diferenças. A amostra que não tem qualquer tipo de escolaridade alcançou a maior pontuação ($101,3 \pm 15,1$) de todos os grupos, no inverso, indivíduos com o secundário de escolaridade conseguiram o valor mais baixo de todos os grupos analisados ($86,7 \pm 1,2$).

E, também é de destacar a discrepância de valores entre indivíduos ativos ($96,0 \pm 15,5$) e reformados ($95,9 \pm 15,9$) com os desempregados ($87,6 \pm 6,1$).

WHOQOL-BREF

O questionário WHOQOL-BREF obtém valores que quantificam a qualidade de vida sentida pelas pessoas. Este questionário é dividido em 4 domínios da Qualidade de Vida: (1) físico, (2) psicológico, (3) relações sociais e o (4) ambiente.

As duas perguntas gerais iniciais geraram valores com interesse, na pergunta “*Como avalia a sua qualidade de vida?*” as respostas com cotação mais alta, 4, veio por parte do género feminino, indivíduos com mais de 65 anos, indivíduos sem escolaridade, com o 1º e 3º ciclo e reformados, com cotação inferior, 3, surgiu pelos grupos masculino, amostra com menos de 65 anos, indivíduos com o 2º ciclo, com o secundário e ensino superior e o grupo dos desempregados. Com igualdade entre a cotação 3 e 4 surge o grupo dos ativos profissionalmente.

Já na pergunta “*Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?*” os resultados que os grupos feminino e masculino, com menos de 65 anos, com mais de 65 anos, sem escolaridade, com o 1º e 3º ciclo, ativos, desempregados e reformados reponderam a esta pergunta com a cotação 4, sendo que houve apenas o grupo detentor do 2º ciclo que obteve

um empate entre a cotação 3 e 4 mas a amostra com o secundário e com o ensino superior conquistou a cotação 5, nesta pergunta.

Em relação ao género podemos destacar o valor do domínio 2 – psicológico -, este revela diferenças estatisticamente significativas. No género feminino o valor é de $3,2 \pm 0,6$ e no género masculino é de $3,3 \pm 0,7$, este par de resultados é o único em que os homens têm um valor superior ao das mulheres; todos os outros domínios, o sexo feminino tem valores superiores ou iguais aos dos homens.

No que prende à situação profissional existem valores a serem destacados. O domínio 1 – físico -, destaca-se pelas diferenças estatisticamente significativas existentes entre os grupos de indivíduos ativos e reformados, o valor mais discrepante, sendo que o grupo dos participantes reformados tem valores inferiores em todos os domínios comparativamente aos valores do grupo de participantes ativos.

Importa saber que, não existem diferenças estatisticamente significativas em relação aos domínios nos grupos de idades inferior ou superior a 65 anos.

A média dos valores, dos 4 domínios, mais alta ($4,2 \pm 0,2$) pertence ao grupo que detém o secundário como escolaridade no domínio 1 – físico. Por outro lado, o valor mais baixo é de 3,0 registado no grupo dos reformados, no domínio 1 – físico- ($3,0 \pm 0,8$) e no grupo de pessoas com o 2º ciclo de escolaridade no domínio 1 ($3,0 \pm 0,9$) e no domínio 2 – psicológico ($3,0 \pm 0,6$).

10.DISSCUSSÃO

Em Portugal, os viúvos representam 7% da população portuguesa, onde 81% é do sexo feminino. Podemos afirmar que as mulheres são mais suscetíveis à viuvez e que os homens abarcam as maiores taxas de mortalidade (INE, 2011; Lee & DeMaris, 2007). No estudo presente, a maioria da amostra é feminina (75,2%) contrapondo com a amostra masculina de apenas (24,8%). Estas diferenças existem porque a população masculina viúva é menor que a população feminina (INE, 2011).

De acordo com a revisão da literatura os homens relatam níveis maiores de satisfação conjugal do que as mulheres (Field & Weishaus, 1984; Skolnick, 1986; Sporkowski & Hughston, 1978), também verificado no estudo efetuado.

Stroebe (1998) menciona que os viúvos ostentam consequências mais rigorosas que as viúvas, pelo menos a nível psicológico com sintomatologia depressiva, entre as pessoas mais idosas (Lee DeMaris, 2007; Lee et al., 1998; Grootheest, Beekman, Groenou & Deeg, 1999). Todavia, existem estudos que contrariam esta ideia e, resultados fidedignos permanecem inconclusivos. No estudo efetuado, os homens revelam valores de solidão menores que as mulheres, contudo estes valores são muito ténues.

Apesar de todos os sentimentos arrebatadores ou dificuldades sentidas após a perda existem viúvos e viúvas que conseguem conceder um significado ao acontecimento lidando com a perda de um modo adaptativo, conservando a sua estabilidade emocional, fortalecendo as novas aprendizagens e atividades redefinindo a sua identidade pessoal, tornando o acontecimento ingrediente para o crescimento e resiliência (Dutton & Zissok, 2005). Conseguem, ainda, criar e autoconfiança na capacidade de resolução de problemas quotidianos (Papalia & Olds, 2000). O estudo revelou que indivíduos com idades inferiores a 65 anos não alteraram as suas relações com os outros após a perda do cônjuge mas indivíduos com idades superiores a 65 anos revelaram que as suas relações com os outros mudaram mas para melhor. Em relação à satisfação com o casamento, os grupos plenamente satisfeitos e muito satisfeitos revelaram que não houve alterações nas suas relações com os outros mas em contrapartida, os grupos satisfeitos, pouco ou nada satisfeitos revelaram que existiram mudanças no comportamento para com os outros mas para melhor. Pode-se relacionar estes dados com alguns autores presentes nesta dissertação, Peterson (1973) afirma que as mulheres descrevem o seu casamento através de uma insatisfação generalizada e quando deixam de ter a responsabilidade de manter uma relação existe uma melhoria do seu estado de espírito.

Fortalecendo esta ideia, outros autores afirmam, que em qualquer idade, os maridos revelam níveis maiores de satisfação conjugal do que as mulheres (Field & Weishaus, 1984; Skolnick, 1986; Sporakowski & Hughston, 1978).

Hess e Solo (1985) contataram que as mulheres retiram benefícios de casamentos felizes enquanto os homens retiram sempre benefícios, independentemente da qualidade e satisfação com casamento.

Os grupos que mais sofreram alterações na forma de estar na vida foram os reformados e os pouco ou nada satisfeitos com o casamento, por outro lado, os grupos que não sofreram alterações na forma de estar com a vida foram os ativos profissionalmente e os plenamente, muito e satisfeitos com o casamento.

Os reformados e os grupos dos pouco ou nada satisfeitos com o casamento sofreram alterações para melhor na forma de estar com a vida, estes resultados podem-se explicar pela amostra ser maioritariamente feminina, isto porque as mulheres vivem o casamento de forma mais insatisfeita e aquando da morte do cônjuge deixa de existir a obrigação dos papéis e responsabilidades mantidos até ao momento. Em contrapartida, os ativos profissionalmente e os plenamente, muito e satisfeitos com o casamento não sofreram alterações na forma de estar na vida, talvez, porque a sua vivência do casamento não foi intensa e existem outras atividades durante o dia ou, então, porque o casamento foi vivido de uma forma saudável.

Desta forma, o grupo de reformados, nesta investigação, apresentou alterações na forma de estar na vida

Estudos revelam que pessoas enlutadas mais jovens demonstram maiores níveis de angústia, depressão e ansiedade relativamente a pessoas mais velhas (Reed, 1998). Na investigação percebemos que este facto é verdadeiro porque o grupo etário com idade inferior a 65 anos revelaram sentir-se mais sós, porém, o grupo com idades superiores a 65 anos afirma, na sua maioria, nunca se sentir só.

Por fim, podemos destacar que a maioria dos participantes adquiriu um animal de estimação após a perda do cônjuge. Esta constatação prende-se pelo facto de o animal de estimação não oferecer competitividade mas fidelidade em relação ao amor que recebem por parte do seu cuidador (Suthers-McCabe, 2001). Contudo, também, pode-se apontar todos os benefícios que um animal de companhia pode trazer, aumento da qualidade de vida das pessoas, sobretudo porque aumenta o estado de felicidade, reduz sentimentos de solidão e melhora as funções físicas (Allen et al., 2002). A companhia de um animal de estimação pode

funcionar como um estímulo à conversa com outras pessoas e aumentar o suporte social dos viúvos (Suthers-McCabe, 2001).

11. CONCLUSÕES E PROPOSTAS FUTURAS

Desta investigação, conclui-se que existem mais mulheres do que homens viúvos, contudo são os homens que viveram mais satisfeitos com o casamento.

Os mais novos em idade e os indivíduos que se sentiam plenamente e muito satisfeitos com o casamento verificaram que não alteraram a sua relação para com os outros mas os mais velhos e os grupos que se sentiam satisfeitos, pouco ou nada satisfeitos dizem sofrer alterações positivas na relação que tem com os outros.

Quanto à forma de estar com a vida os grupos que sentiram mais alterações foram os reformados e os pouco ou nada satisfeitos com o casamento em contra partida, os ativos profissionalmente e os plenamente, muito e satisfeitos com o casamento não sofreram qualquer tipo de alterações na sua forma de estar com a vida.

Conquanto, os mais jovens são os que sentem mais solidão suplantando os mais velhos que dizem não sentir solidão.

Por fim, podemos destacar que após a perda do cônjuge a pessoa enlutada tende a adquirir um animal de estimação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, A. (2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 31-36
- Allen, K., Blascovich, J., & Mendes, W. (2002). *Cardiovascular Reactivity and the Presence of Pets, Friends, and Spouses: The Truth About Cats and Dogs*. University of New York at Buffalo (K.A.), Buffalo. doi: 10.1097/01.PSY.0000024236.11538.41
- American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014
- Anderson, S. A., Russell, C. S., & Schumm, W. A. (1983). Perceived marital quality and family life-cycle categories: A further analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 127-139.
- Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1987). Social support, interpersonal efficacy, and health: A life course perspective. In L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 291-311). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Atchley, R. C. (1976). *The sociology of retirement*. Cambridge, MA: Schenkman.
- Atchley, R. C., & Miller, S. J. (1983). Types of elderly couples. In T. H. Brubaker (Ed.), *Family relationships in later life* (pp. 77-90). Beverly Hills, CA: Sage.
- Bagley, D. K., & Gonsman, V. L. (2005). "Pet attachment and personality type". *Anthrozoös*, 18(1), 28-42.
- Barbosa, A. (2006). Processo de luto. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa
- Barros, J. (1998). *Viver a morte – abordagem antropológica*. Coimbra. Almedina
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues in mental health nursing* vol. 27. doi:10.1080/01612840600781196
- Beck, A., & Katcher, A. (2003). *AMERICAN BEHAVIORAL SCIENTIST*, vol. 47, Nº1, p. 79-93. doi: 10.1177/0002764203255214
- Bennett, K. M. (1998). Longitudinal changes in mental and physical health among elderly, recently widowed men. *Mortality*, 3, 265-273
- Bennett, K. M., Smith, T., & Hughes, G. M. (2005). Coping, depressive feelings and gender differences in late life widowhood. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 348-353 doi:10.1080/13607860500089609
- Blood, R. O., & Wolfe, D. M. (1960). *Husbands and wives: The dynamics of married living*. New York: Free Press of Glencoe.
- Boelen, P.A., Prigerson, H.G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. A prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 257: 444-452. doi: 10.1007/s00406-007-0744-0
- Boelen, P., Bout, J., & Hout, M. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1123-1136

- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *The International Journal of PsychoAnalysis*, 42 (4): 317-340.
- Burr, W. R. (1970). Satisfaction with various aspects of marriage over the life cycle. *Journal of Marriage and the Family*, 32, 29-37.
- Busse, W. Ewald & Blazer, D. (1992). O mito, história e ciência do envelhecimento. In E. Busse & D. Blazer (Eds), *Psiquiatria geriátrica* (pp.1531). Porto Alegre: Artes Médicas
- Campôa, E., Ribeiro, A. L., & Cruz, J. P. (2009). Escala de estilos de vida para idosos (EEVI): construção e validação. In Jesus, S. N.; Leal, I.; Rezende, M. *Experiências e intervenções em psicologia da saúde: resumos e textos do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*. ISBN: 978-972-9341-79-3.
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal: Apresentação de um projeto.
- Cancela, D. (2007): O processo de envelhecimento. Recuperado em 23 de maio, 2016 do <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Carreiro, (2003). A Morte e o Luto – Quando chega a hora da partida. *Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos*
- Carr, D., & Bodnar-Deren, S. (2009). Gender, Aging and Widowhood. In P. Uhlenberg (Eds.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 705-728). Springer Science
- Carr, D., House, J. S., Kessler, R. C., Nesse, R. M., Sonnega, J., & Wortman, C. (2000). Marital Quality and Psychological Adjustment to Widowhood Among Older Adults: A Longitudinal Analysis. *Journal of Gerontology: social sciences*, 55B (4), 197–207.
- Carnelley, K., Wortman, C., Bolger, N., & Burke, C. (2006). The time course of grief reactions to spousal loss: evidence from a national probability sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 476-492. doi: 10.1037/0022-3514.91.3.476
- Carvalho, C. (2006). Luto e Religiosidade. Recuperado em 23 de maio, 2016 do <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0059.pdf>.
- Dentler, R. A., & Pineo, P. C. (1960). Sexual adjustment, marital adjustment and personal growth of husbands: A panel analysis. *Marriage and Family Living*, 22, 45-48.
- Dias, I. (2006). Nos Rastos da Solidão. *Deambulações Sociológicas*. Em, Pais, J. M. (Ed), *Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas* (pp. 281-286). Porto: Âmbar.
- Doherty, W., & Jacobson, N. (1982). Marriage and the family. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology* (pp. 667- 680). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Dutton, Y. C., & Zisook, S. (2005). Adaptation to bereavement. *Death Studies*, 29, 877-903 doi: 10.1080/07481180500298826
- Ekerdt, D. J., & Vinick, B. H. (1991). Marital complaints in husbandworking and husband-retired couples. *Research on Aging*, 13, 364- 382.

- Faraco, C. (2008). Interação Humano-Animal. Ciênc. vet. tróp., Recife-PE, vol. 11, suplemento 1, p. 31-35.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Ediciones Pirámide
- Field, D., & Weishaus, S. (1984, November). *Marriages over half a century: A longitudinal study*. Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Antonio, TX.
- Figueiredo, L. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.21 (1), 19-28.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freud, S. (1917). Luto e Melancolia. Edição Electrónica Brasileira das Obras Completas de Freud, Imago, Rio de Janeiro
- Galisteu, K. J., Facundim, S. D., Ribeiro, R. C. H. M., & Soler, Z.A.S.G. (2006). Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 13(4), 209-214.
- Gilford, R. (1984). Contrasts in marital satisfaction throughout old age: An exchange theory analysis. *Journal of Gerontology*, 39, 325- 333.
- Gutmann, D. (1987). *Reclaimed powers: Toward a new psychology of men and women in later life*. New York: Basic Books.
- Handbook of bereavement: Theory, research and intervention (pp. 367-380). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hansson, R. O., Remondet, J. H., & Galusha, M. (1993). Old age and widowhood issues of personal control and independence. In M. Stroebe, W. Stroebe, & R. Hansson (Eds.).
- Helsing, K. J. (1981). Factors associated with mortality after widowhood. *American Journal of Public Health*, 71, 802-809.
- Hess, B., & Soldo, B. (1985). Husband and wife networks. In W J. Sauer & R. T Coward (Eds.), *Social support networks and the care of the elderly: Theory, research and practice* (pp. 67-92). New York: Springer.
- Hyde, J. S., & Phillis, D. E. (1979). Androgyny across the life span. *Developmental Psychology*, 15, 334-336.
- INE (2011). *Censos 2011 - Resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kato, P. M., & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*. 19 (3): 275-296 doi: 10.1016/s0272-7358(98) 00064-6
- Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Rita, H. (1987): Mortality after bereavement: A prospective study of 95.647 widowed persons. *American Journal of Public Health* vol.77 nº3
- Keating, N. C., & Cole, P. (1980). What do I do with him 24 hours a day? Changes in the housewife role after retirement. *Gerontologist*, 20, 84-89.
- Keith, P. M., & Brubaker, T. H. (1979). Male household roles in later life: A look at masculinity and marital relationships. *Family Coordinator*, 28, 497-502.

- Keong, A. (2010). Auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas. “http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2793/1/ulfp037514_tm.pdf”.
- Kitagawa, B. Y., & Coutinho, S. D. (2004). Benefícios advindos da interação homem-cão. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*, vol. 22. Nº 2, p. 123-128.
- Lee, G., & DeMaris, A. (2007). Widowhood, gender and depression: a longitudinal analysis. *Research on Aging*, 29(1), 56-72. doi: 10.1177/0164027506294098
- Lee, G. R., & Shehan, C. L. (1989). Retirement and marital satisfaction. *Journal of Gerontology*, 44, S226-S230.
- Lee, G., Willetts, M., & Seccombe, K. (1998). Widowhood and depression: gender differences. *Research on Aging*, 20(5), 611-630 doi: 10.1177/0164027598205004
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002): Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology* vol.83 n°2
- Lira, M. G. (2005). El apego. *Ars medica: Revista de estudos médicos humanísticos*. 11(11), 107-117. Recuperado em 7 de abril, 2016, do <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica11/Ars06.html>.
- Lowenthal, M. E., Thurnher, M., & Chiriboga, D. (1975). *Four states of life*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lund, A. D., Caserta, S. M., & Dimond, F. M. (1993). The course of spousal bereavement in later life. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & H. O. Robert (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 240-254). Cambridge, MA: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Martins, C. (2003). *O idoso e a família*. Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais; Tese de Mestrado em Ciências Sociais. Lisboa.
- Matsudo, S. M. M. (2001) *Envelhecimento & atividade física*. Londrina: Midiograf.
- Matthews, A. M., & Brown, K. H. (1987). Retirement as a crucial life event: The differential experiences of women and men. *Research on Aging*, 9, 548-571.
- Melo, R. (2004). Processo de Luto- o inevitável percurso face à inevitabilidade da morte. Recuperado em 20 de julho, 2016, do <http://www.integra.pt/textos/luto.pdf>
- Moreira, V., & Callou, V. (2006). Fenomenologia da solidão na depressão. *Mental*, 7, 6783.
- Moss, M. S., Moss, S. Z., & Hansson, R. O. (2007). Bereavement and old age. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*. Washington: American Psychological Association.
- Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79
- Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, III, 2, 297-322.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.
- Novo, (2003). Para além da eudaimonia – o bem estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, A. L. T. (2008). *O idoso e a praia: Revelando significados*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1995) The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* V.41, n.10: 403-409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Organização Mundial de Saúde (OMS), (2005) – Uma boa saúde, para um envelhecimento mais saudável.
- Pais Ribeiro, J. L. (2001) Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 76-97). Lisboa: CLIMEPSI.
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul
- Parkes, C. M. (1993). Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & H. O. Robert (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 91-101). Cambridge, MA: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Departamento de Ciências do Comportamento, Porto
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (77-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M, Ribeiro & Teles (2006). Escala de Solidão. In UNIFAI, Projeto DIA
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Peterson, J. (1973). Marital and family therapy involving the aged. *The Gerontologist*, 13, 27-31.
- Pineo, P. C. (1961). Disenchantment in the later years of marriage. *Marriage and Family Living*, 23, 3-11.
- Pineo, P. C. (1969). Development patterns in marriage. *Family Coordinator*, 18, 135-140.
- Pimentel, L. (2001), *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic Applied Social Psychology*, 23, 245–66.
- Prigerson, H.G. (2004). Complicated grief: when the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*. 23: 38-40. doi: 10.1080/0268262048657612
- Prigerson, H. G., Shear, K. M., Bierhals, A. J., Pilkonis, P. A., Wolfson, L., Hall, M., Zonarich, D. L., & Reynolds, C. F. (1997). Case Histories of Traumatic Grief. *Journal of Death and Dying*, 35 (1). doi: 10.2190/TDYG-MRB4-HHR7
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2007). Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM–V. In *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives* (Eds M Stroebe, R Hansson, H Schut, W Stroebe): 165 –86. American Psychological Association Press.
- Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Artigo 2º do Decreto-Lei 276/2001. Recuperado a 10 de Setembro, 2016, do

http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1848&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

- Raina, P., Waltner-Toews, D., Bonnett, B., Woodward, C., & Abernathy, T. (1999). Influence of Companion Animals on the Physical and Psychological Health of Older People: An analysis of a One-Year Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.47, Nº.3. doi: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb02996
- Ramos, M. (2012). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, Nº 7, p. 156-175.
- Rebelo, E. J. (2004) Desatar o nó do luto. Lisboa: Editorial Notícias.
- Ribeiro, O. (2012). Género e envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 231-253). Lisboa: LIDEL.
- Rollins, B. C. (1989). Marital quality at midlife. In *Midlife myths: Issues, findings and practical implications*, edited by S. Hunter and M. Sundel, 184–94. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Rollins, B. C., & Cannon, K. L. (1974). Marital satisfaction over the family life cycle: A reevaluation. *Journal of Marriage and the Family*, 36, 271-282.
- Rook, K. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Sanders, M. C. (1993). Risk factors in bereavement outcome. The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & H. O. Robert (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 255-267). Cambridge, MA: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 10, (6), 757-764.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Schaefer, A. J., & Moos, H. R. (2001). Bereavement experiences and personal growth. In M. S. Stroebe, O. R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement and research: Consequences, coping and care* (pp. 145-167). doi: 10.1037/10436-006
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E. et al. (2001). Traumatic grief treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158 (9): 1506-1508 doi: 10.1176/appi.aip.158.9.1506
- Silva, M.E. (2005): Saúde mental e idade avançada. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa. Climepsi.
- Skolnick, A. (1986). *The psychology of human development*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.

- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.
- Spiriduso, W. W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Sporakowski, M. J., & Hughston, G. A. (1978). Prescriptions for happy marriage: Adjustments and satisfactions of couples married for 50 or more years. *The Family Coordinator*, 27, 311-327.
- Squire, A. (2005) Saúde e bem estar para pessoas idosas - fundamentos básicos para a prática. Loures: Lusociência
- Steil, (1984). Marital relationships and mental health: The psychic costs of inequality. In J. Freeman (Ed.), *Women: A feminist perspective* (3rd ed., pp. 113-123). Palo Alto, CA: Mayfield Press.
- Stinnett, N., Carter, L. M., & Montgomery, J. E. (1972). Older persons' perceptions of their marriages. *Journal of Marriage and the Family*, 32, 428-434.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5(1), 62-83
- Stroebe, S. (1998). New directions in bereavement research: Exploration of gender differences. *Palliative Medicine*, 12, 5-12.
- Suthers-McCabe, H. M. (2001). Take one pet and call me in the morning. *Generations*. Califórnia, vol.25, Nº2, p.93-95.
- Thurnher, M. (1976). Midlife marriage: Sex differences in evaluation and perspectives. *International Journal of Aging and Human Development*, 7, 129-135.
- Ussel, J. I. (2001). La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- Groothoest, D. S., Beekman, A. T. F., van Groenou, M. I., & Deeg, D. J. H. (1999). Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Psychiatric Epidemiology*, 34, 391-398. OMS
- Victor, C., Scambler, S., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25, 357-375.
- Vinick, B. H., & Ekerdt, D. J. (1991). Retirement: What happens to husband-wife relationships? *Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 23-40.
- Vining, J. (2003). The Connection to Other Animals and Caring for Nature. *Human Ecology Review*, vol. 10, Nº 2.
- Worden, J. (1998). *Terapia do Luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Worden, J. W. (2002). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the mental health*. 3ª ed. Springer Publishing Company. New York
- Yassine, I. (2011). A auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade em idosos. Tese de dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia: Universidade de Lisboa. Lisboa

ANEXOS

Anexo A - Consentimento Informado para a Participação na Investigação



CÓDIGO: _____

Consentimento Informado para a Participação na Investigação

Ex.mo(a) Sr(a),,

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso, na Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro, em Vila Real, com a supervisão da Professora Doutora Paula Mota e tem como principal objetivo estudar a relação entre a viuvez, estilo e qualidade de vida.

Neste sentido, solicitamos a sua participação voluntária nesta investigação, concedendo-nos, apenas, as suas respostas aos questionários que serão estritamente confidenciais.

A Investigadora,

(Cristiana Dias)

Eu _____ dou o meu consentimento informado para participar nesta investigação, sabendo que a assinatura deste documento não interfere nos meus direitos legais.

Data: ____/____/____

Ficha de Dados Socio-Demográficos

DATA DE APLICAÇÃO: ____/____/____

CÓDIGO: _____

Este questionário deve ser preenchido pela investigadora de forma a perceber a veracidade de todas as respostas. Deve aplicar algumas perguntas de despiste de défice cónico a todos os indivíduos que demonstrem alguma confusão mental.

Se necessário, aplicar o MMS para invalidar todos os questionários desse elemento.

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que dia do ano estamos? _____

Em que país estamos?

1. Identificação/Dados pessoais

1.1. Nome: _____

1.2. Idade: ____ anos

1.3. Data de Nascimento: __/__/____

1.3. Sexo: () Feminino

() Masculino

1.4. Estado Civil: () Solteiro

() Casado

() Divorciado

() Viúvo

() Com relacionamento

1.5. Local onde vive (indique apenas a freguesia): _____

Observações: _____

2. Grau de Instrução

2.1. Como classifica o seu grau de instrução escolar?

() Ausência de escolaridade

() 3º Ciclo (9º ano/antigo 5º ano)

() 1º Ciclo (1º ao 4º ano)

() Secundário (12º ano/antigo 7º ano)

() 2º Ciclo (5º e 6º ano)

() Ensino Superior

Observações: _____

3. Situação/Composição do Agregado Familiar

3.1. Com quem vive, atualmente?

() Sozinho

() Acompanhado. Por quem? _____

Observações: _____

4.Situação Habitacional

4.1.Local de Residência

- () Casa própria () Casa de Amigos
() Casa de familiares () Outro. Especifique: _____
() Instituição/Lar. Há quanto tempo está institucionalizado? _____

Observações: _____

5.Situação Profissional

5.1.Qual é a sua situação profissional, neste momento?

- () Ativo () Desempregado () Reformado

5.2.Profissão: _____

Observações: _____

6.Situação Parental

6.1.Tem Filhos? () Sim () Não

6.2.Número de Filhos: ____

6.3.Idades: _____

Observações: _____

7.Situação Conjugal

7.1.Profissão do Cônjuge: _____

7.2.Tempo de Casamento

- () menos de 1 ano () 5 a 10 anos
() 1 a 2 anos () 10 a 20 anos
() 2 a 5 anos () mais de 20 anos

7.3.Na generalidade, quão satisfeito se sente com o casamento que teve?

- () plenamente satisfeito () pouco satisfeito
() muito satisfeito () nada satisfeito
() satisfeito

7.4.Casaria novamente? () Sim () Não () Talvez

Observações: _____

8.Animais de Estimação

8.1. Tem animais de estimação?

- () Sim () Não

Se sim, quais? () Gato () Cão () Outro. Qual? _____

Se sim, quantos? () Gato () Cão () Outro. Qual? _____

Quando foram adquiridos?

() antes da sua perda

() depois da sua perda

Observações: _____

Questionário sobre o luto (QSL)

Adaptação autorizada do Grief Questionnaire de Ossefort-Russel (s/d)

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

1. Há quanto tempo se deu a sua perda?
 - a) 0 – 6 Meses
 - b) 6 Meses a 1 ano
 - c) 1 – 2 Anos
 - d) 2 – 5 Anos
 - e) Mais de 5 anos

2. A sua perda foi repentina ou esperada?
 - a) Repentina
 - b) Esperada

3. A sua perda foi derivada de causas naturais ou não naturais?
 - a) Causas naturais
 - b) Causas não naturais

4. Foi capaz de pedir ajuda ou reconforto quando necessitou?
 - a) Sim, sempre que necessitei
 - b) Sim, em algumas ocasiões
 - c) Raramente
 - d) Nunca

5. Foi capaz de receber ajuda ou reconforto que lhe foi oferecido?
 - a) Sim, a maioria das vezes
 - b) Sim, às vezes
 - c) Não, nem por isso
 - d) Não, de maneira alguma

e) Não me foi oferecida ajuda

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

a) Filhos adultos

b) Pais

c) Irmãos

d) Outros membros da família

e) Amigo/a

f) Terapeuta

g) Padre, rabi ou outro membro da igreja

h) Uma comunidade (por exemplo igreja, vizinhança, etc.)

i) Grupo de apoio

j) Outro (especifique por favor) _____

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

a) Sim, bastante

b) Algum, mas gostaria de ter mais

c) Não nem por isso

d) Outro (especifique por favor) _____

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

a) Sim, muito

b) Sim, um pouco

c) Não, os meus sentimentos foram ignorados

d) Não, os meus sentimentos foram desencorajados

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

a) Sim, eu gosto de resolver as coisas sozinho/a

b) Sim, mas eu não gosto de estar sozinho/a com os meus sentimentos

c) Sim, eu necessito de algum tempo para mim e algum tempo para os outros

d) Não, os sentimentos são arrebatadores e assustam-me

e) Não, por isso eu fecho os meus sentimentos quando estou sozinho/a

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

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

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

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

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

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

- a) Sim
- b) Não

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

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

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

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

Escala de Solidão

Paúl, Fonseca, Ribeiro & Teles, 2006

1. Costuma sentir-se só?

- Sempre
- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Nunca

2. Quando se sente só?

- Nunca
- Manhã
- Tarde
- Noite
- Fim-de-semana
- Férias
- Sempre
- Outras ocasiões. Quais? _____

3. Comparando com o ano passado, sente-se:

- Mais só do que há um ano
- Menos só do que há um ano
- Nem mais nem menos só que há um ano

Escala de Estilos de Vida

Campôa, Ribeiro & Cruz (2009) UALG

Este questionário destina-se à avaliação dos seus Estilos de Vida.

Em relação a cada uma das questões apresentadas, atenda à seguinte forma de responder: de acordo com a sua opinião ou sentimento, pontue a sua resposta, colocando um X no número que se identifica com a sua resposta, de acordo com a seguinte escala:

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Algumas vezes
- 4 – Frequentemente
- 5 – Sempre

Antes de começar, certifique-se de que compreendeu o que se pretende e a forma de responder. Por favor, responda a todas as questões.

1	Pratico o exercício físico que a minha saúde permite (p. ex. andar a pé, nadar, etc.)	1	2	3	4	5
2	Converso com outras pessoas	1	2	3	4	5
3	Fico parado(a) a maior parte do dia	1	2	3	4	5
4	Costumo ir ao médico para controlar a minha saúde	1	2	3	4	5
5	Costumo realizar atividades em grupo (p.ex. jogos de cartas)	1	2	3	4	5
6	Costumo ler (p.ex. jornais, revistas, livros)	1	2	3	4	5
7	Bebo 4 ou mais copos de água por dia	1	2	3	4	5
8	Procuro manter-me fisicamente ativo(a)	1	2	3	4	5
9	Faço exames de rotina para controlar a minha saúde	1	2	3	4	5
10	Tenho bons amigos com os quais posso contar	1	2	3	4	5
11	Tento ver o lado bom das situações menos positivas	1	2	3	4	5
12	Faço exercício físico regularmente (3 ou mais vezes por semana)	1	2	3	4	5

1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Algumas vezes 4 – Frequentemente 5 – Sempre

13	Sempre que posso procuro ajudar os outros	1	2	3	4	5
14	Costumo passear (p. ex. viagens, ou simplesmente ir à praia ou ao jardim)	1	2	3	4	5
15	Tento não me irritar com coisas sem importância	1	2	3	4	5
16	Realizo atividades ao ar livre sempre que posso	1	2	3	4	5
17	Tenho boas relações com as pessoas que me rodeiam	1	2	3	4	5
18	Frequento atividades culturais (p.ex. cinema, teatro, exposições, música ao vivo)	1	2	3	4	5
19	Tento não pensar demasiado nos problemas	1	2	3	4	5
20	Evito alimentos com muita gordura	1	2	3	4	5
21	Sinto-me integrado(a) na comunidade em que vivo	1	2	3	4	5
22	Dedico-me a um passatempo que me ocupa pelo menos 3 horas por semana (p.ex. renda, dominó, jogar às cartas, jardinagem, ginástica, dança)	1	2	3	4	5
23	Quando preciso tenho quem me ajude	1	2	3	4	5
24	Fico muito tempo a magicar nas coisas que correram mal	1	2	3	4	5
25	Consumo, de preferência, alimentos grelhados ou cozidos	1	2	3	4	5
26	Costumo encontrar-me com os meus familiares	1	2	3	4	5
27	Os meus amigos visitam-me	1	2	3	4	5

