



UC/FPCE-2008

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Luto Parental: Qualidade de vida, *Stress* e *Coping*  
face à Crise**

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt)

Dissertação de Mestrado na Área de Psicologia Clínica e Saúde,  
Sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a  
orientação da Professora Doutora Madalena Lourenço

**Luto Parental: Qualidade de vida, Stress e Coping face à Crise  
Um estudo exploratório.**

**Resumo:** O presente estudo pretendeu analisar a existência de eventuais diferenças entre pais a quem tenha falecido um filho e pais que nunca tenham passado por este tipo de luto, no que diz respeito à sua percepção da qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares. Neste sentido, procedeu-se à comparação de duas sub-amostras (pais enlutados/pais não enlutados), equivalentes em género e idade. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida familiar percebida, (tal como avaliada pelo QDV, na sua totalidade e em algumas das suas dimensões) e no *stress* familiar percebido (avaliado pelo FILE, enquanto escala total). Relativamente às estratégias preferenciais de *coping*, foram encontradas diferenças apenas numa das sub-escalas do F-COPES. Num segundo momento, foram testadas eventuais correlações de variáveis sócio-demográficas, familiares e relativas ao processo de luto na variabilidade dos resultados.

**Palavras-chave:** Luto, parentalidade, qualidade de vida familiar, *stress* e *coping* familiares.

**Parental Grief: Quality of life, Stress and Coping with Crises  
An exploratory study.**

**Abstract:** The present study intend to analyse the existence of eventual differences in the perception of family quality of life, stress and coping between parents whom have lost a child and parents who never experienced this kind of grief. To do so, we compared two groups (parents in a mourning process/parents without it) equals in age and gender. We found major differences in the perception of family quality of life (as measured by QDV, total and in its dimensions) and in the level of total family stress perceived (measured by FILE). The coping strategies were highly different only in one of the dimensions of the scale (F-COPES). After this first analysis, we tested eventual correlations between social, demographic, family and grief variables into the variability of the results.

**Key Words:** Grief, parenting, family quality of life, family stress and coping.

## **Agradecimentos**

Seria preciso todo um capítulo para ser justa com todos aqueles que me apoiaram nesta recta final de um percurso recheado de momentos especiais... Mas como tal não é possível, aqui fica, bem resumidinho:

À Universidade de Coimbra e à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, por existirem e me fazerem sonhar com um futuro mais promissor...

À Sistémica e às docentes, pelos desafios incessantes que me colocaram...

Aos vários autores e investigadores que me serviram de exemplo e guia, pela coragem que tiveram em ser pioneiros...

À Professora Madalena Lourenço, pela ternura e tolerância com que me orientou neste projecto...

À Dona Teresa e aos restantes pais, pela disponibilidade e contribuição directa no estudo empírico...

À minha família, pelo amor e carinho que sempre me deram...

Às amigas e companheiras de curso, pela partilha...

Ao namorado, por aturar as birras e o mau humor...

Às "filhas" lá de casa, pelo apoio incondicional...

À Alda, em especial, pela disponibilidade que sempre teve para me auxiliar e ouvir os meus desabafos...

E finalmente, ao sol por, teimosamente, insistir em se levantar todos os dias, mostrando-nos que o amanhã pode sempre ser melhor que o hoje.

Por tudo isto e muito mais, obrigada.

## Índice

<b>Introdução</b>	1
<b>I – Enquadramento Conceptual</b>	1
1.1. Luto: Conceptualizações teóricas	2
1.2. Variáveis mediadoras e luto patológico	5
1.3. O luto pela morte de um filho – que especificidades?	7
1.4. Qualidade de Vida	11
1.5. <i>Stress</i> e <i>Coping</i> face à crise	13
1.6. A crise: Ruptura e oportunidade	17
<b>II – Objectivos</b>	20
<b>III – Metodologia</b>	21
3.1. Critérios e recolha da amostra	22
3.2. Caracterização da amostra	22
3.3. Instrumentos	24
<b>IV – Resultados</b>	28
<b>V – Discussão</b>	34
<b>VI – Conclusões</b>	46
<b>Referências bibliográficas</b>	49
<b>Anexos</b>	54
Anexo 1: Testes t – escalas totais	54
Anexo 2: Testes t – factores QDV	55
Anexo 3: Testes t – factores F-COPES	56
Anexo 4: Correlações – Escalas totais (pais enlutados)	58
Anexo 5: Correlações – Factores QDV (pais enlutados)	58
Anexo 6: Correlações – Factores F-COPES (pais enlutados)	61
Anexo 7: Correlações – Escalas totais (pais não enlutados)	62
Anexo 8: Correlações – Factores QDV (pais não enlutados)	63
Anexo 9: Correlações – Factores F-COPES (pais não enlutados)	63

## Introdução

A um filho que perde o pai chamamos órfão.  
Mas que nome damos a um pai que perdeu o filho?

Como reza a sabedoria popular, “a morte é a única certeza da vida”. Assim sendo, o luto é um fenómeno que qualquer sujeito ou família, mais tarde ou mais cedo, terá de enfrentar.

O processo do luto tem sido amplamente estudado e teorizado no que diz respeito às várias etapas/fases que atravessa, bem como em relação às variáveis que medeiam e influem no seu desfecho. No entanto, a sua vertente familiar tem sido bem menos abordada. De facto, apesar de reconhecidas as mudanças que a família atravessa com a perda de um ente querido, nomeadamente um filho, e os reajustes que daí advêm na sua vivência familiar e social, pouco se disse ainda sobre a percepção que a família tem acerca da sua vida depois disso.

Partindo desta ideia e pegando nos construtos que o grupo de alunos do Mestrado Integrado 2007/2008 se propôs a estudar – a qualidade de vida, o *stress* e o *coping* familiares – tentaremos perceber se, na percepção dos progenitores, as famílias a quem já faleceu um filho diferem ou não das que nunca viveram esse luto no que diz respeito a estas variáveis e, no caso de diferirem, quais são os aspectos que as caracterizam e que pesam nesta diferenciação. Neste sentido, iremos proceder à comparação das médias de duas sub-amostras (pais enlutados/pais não enlutados) testando, num segundo momento, as eventuais correlações das variáveis sócio-demográficas, familiares e relativas ao processo de luto na variabilidade dos resultados.

O nosso principal objectivo, e apesar de este ser apenas um estudo exploratório, é ir descortinando a realidade destas famílias, promovendo o estudo sobre o tema, de maneira a que, no futuro, possamos conhecer melhor a realidade portuguesa a este nível e assim, quando em contexto terapêutico, ou outro, podermos actuar em conformidade.

### I – Enquadramento conceptual

“A perda de uma pessoa pela qual alimentamos um amor profundo constitui uma das experiências psicológicas mais dolorosas, senão mesmo a mais dolorosa, sentida pelo ser humano” (Rebelo, 2004, p.11).

De facto, a perda é uma experiência universal que não escolhe culturas, raça, credo ou idade. Em algum momento da sua vida, todo o ser humano acaba por ser desafiado por esta realidade e pela vivência que lhe é consequente.

“É sabido e comum que a perda de alguém próximo ou significativo, pode apresentar impactos vários no funcionamento emocional e cognitivo da pessoa enlutada, colocando-a num processo de transição e adaptação de duração incerta” (Ferreira-Alves & Silva, 2006, p.147).

O termo *luto* deriva do latim *lugere*, que significa chorar (Pangrazzi, 1991). Nas palavras de Rojas, pode-se definir o luto como “o processo psicológico pelo qual, a tristeza experimentada por perdas significativas é resolvida” (Rojas, 2001, p. 205). A experiência do luto é portanto uma síndrome que apresenta sinais, sintomas, curso demonstrável e uma resolução previsível (Rojas, 2001).

### 1.1 – Luto: Conceptualizações teóricas

O processo de luto tem sido objecto de várias tentativas de elaboração teórica ao longo do tempo. E, “se ao nível da descrição sintomatológica predomina alguma consensualidade, já no que se refere à definição, à conceptualização e aos processos psíquicos nele envolvidos, (...), tornam-se evidentes algumas divergências” (Lopes, 1996, p.23).

Freud foi o primeiro a introduzir a ideia de que o luto era um processo normal e necessário, no sentido em que proporcionava ao sujeito a possibilidade de ultrapassar a libido investida no objecto perdido de forma a poder ser re-investida num novo objecto (Rando, 1983, in O’Leary, 2004). No seu artigo “Mourning and Melancholia”, publicado em 1917, Freud apresenta-nos o conceito de “trabalho de luto” (*Grief Work*), que define como sendo este processo de diminuição gradual da energia que liga o enlutado ao objecto perdido (Silva, 2004). Apesar do forte desejo da pessoa enlutada em negar o sucedido, conscientemente, tem de enfrentar a realidade da perda (*teste da realidade*) e começar a desvincular-se da pessoa querida. Trabalhar o luto significa, então, nesta perspectiva, confrontar-se com a perda e os sentimentos a ela associados, quebrando gradualmente os laços com a pessoa falecida (Silva, 2004). Desapegado da pessoa que perdeu, o indivíduo adquire liberdade para investir e orientar as suas emoções para outras áreas, outras relações (Russac, Steighner, & Canto, 2002, in Silva, 2004). Nas palavras do autor - “uma vez que se tenha renunciado a tudo o que foi perdido, (o luto) esgota-se por si próprio e a nossa libido ficará novamente liberta para substituir os objectos perdidos por outros novos, possivelmente tanto ou mais valiosos que aqueles (...)” (Freud, 1915, cit. in Lopes, 1996, p.36). Quando eventualmente o enlutado não for capaz de se desligar destes laços emocionais e, em vez disso, estabelecer identificação com o objecto perdido, surge a melancolia (O’Leary, 2003). Seguindo esta linha de pensamento, estaremos perante um luto patológico sempre que esta consciência da separação e desinvestimento não se verificar.

Problematizando estas ideias de Freud, González (1965) coloca a questão da impossibilidade (e até, inviabilidade) do esquecimento total de um objecto que, apesar de perdido, foi significativo para o sujeito (González, 1965, in Lopes, 1996). Por outro lado, de um ponto de vista cognitivo, o “trabalho de luto” representa “uma visão da cognição humana marcada sobretudo por uma competência associativa e da qual poderão estar ausentes os processos superiores de consciência, volição e intenção – o que em termos de processo de luto levaria a que ele fosse sobretudo um processo de orientação cognitiva para a perda” (Ferreira-Alves & Silva, 2006, p. 147). Apesar de tudo, a perspectiva freudiana foi, durante décadas, o modelo explicativo dominante do processo de luto (Ferreira-Alves & Silva, 2006) e são vários os autores (Stroebe & Schut, 1999; Parkes, 1998) que reconhecem esta conceptualização como fundamental e influente nos desenvolvimentos posteriores acerca do tema (in Silva, 2004).

No entanto, outros autores conceptualizaram o luto tendo por base conceitos divergentes. Bowlby, por exemplo, pensou a dor do enlutado à luz da sua Teoria da Vinculação. Para ele, as reacções dos indivíduos em processo de luto são semelhantes às das crianças quando separadas da sua mãe (Rando, 1993, in O’Leary, 2003). Nas palavras do autor, “perceber a resposta de uma criança face à separação ou perda da figura materna passa por compreender o laço que a liga a essa figura” (Bowlby, 1982, p.177). Vinculações saudáveis tendem a estar associadas a separações saudáveis,

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008

incluindo quando por morte, dando lugar ao processo de luto esperado (Bowlby, 1982; Parkes, 1998) e que passará por várias fases – fase de entorpecimento, de saudade e procura do falecido, desorganização/desespero e fase de reorganização (Parkes, 1998; Silva, 2004). Vinculações mais difíceis tendem a levar a separações pautadas por sentimentos de culpa e raiva (Winnicott, 1957, in Worden, 2002). Na mesma linha de pensamento, Parkes refere que “a dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é, talvez, o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso” (Parkes, 1998, p.22). Segundo este ponto de vista, o luto é uma consequência das nossas relações pessoais, do facto de as pessoas que amamos se constituírem como parte do nosso *self*. Assim sendo, os sentimentos não se diluem com a morte da pessoa (Parkes, 1998).

Por sua vez, Lindemann (1944) abordou o luto de uma perspectiva médica/psiquiátrica, chegando a considerá-lo como uma doença (in O’Leary, 2004). Nos estudos que realizou, o autor teve oportunidade de observar pacientes em tratamento psiquiátrico por adiarem o “trabalho de luto”, testemunhando a sintomatologia (física e psíquica) de que estes sujeitos padeciam. O luto é, assim, percepcionado como uma patologia para a qual é necessária uma cura. Esta teoria foi posteriormente apoiada pelos trabalhos de Engel (1961), que constatou um aumento da mortalidade nos enlutados (in O’Leary, 2004). Estudos mais actuais, apesar de em nada estarem ligados a este postulado teórico, confirmam esta tendência – o *stress* psicológico vivenciado após a morte de um filho, por exemplo, pode afectar a saúde de várias formas (Wright & Nagy, 1993; Lichtenstein, Gatz, & Berg, 1998, in Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003). O pico de mortalidade acontece pouco tempo depois da perda, sendo que nesta fase é especialmente por causas não naturais (Lichtenstein et al., 1998, in Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003). O estudo realizado por Li, Precht, Mortensen e Olsen (2003) assinala igualmente que a morte de crianças e adolescentes com idade inferior aos dezoito anos tende a fazer aumentar a mortalidade nas mães, especialmente por causas não naturais (Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003). Rubin (1993) relata igualmente esta tendência para as mães desenvolverem mais problemas de saúde que os pais após a perda de um filho, o que poderá ter que ver com diferenças ao nível do *coping* (in Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003). Os pais apresentam um risco mais elevado apenas num período recente após a morte e por causas não naturais (Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003). Outros estudos, porém, contestam esta questão, não atestando qualquer relação entre a perda de um filho e a mortalidade dos pais (Levav et al., 1988, in Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003).

Outros autores optaram por conceptualizar o processo de luto identificando os seus vários estádios, pelos quais os enlutados iriam passar com vista à resolução da dor da perda. Uma das perspectivas mais divulgadas a este nível é a de Kübler-Ross (1969, in O’Leary, 2004). Após vários estudos na área da doença terminal, a autora sintetiza o processo de luto em cinco fases essenciais, que se podem resumir da seguinte forma (Kübler-Ross, 2008):

**Negação:** “*Não, eu não, não pode ser verdade*” (Kübler-Ross, 2008, p.53). A primeira reacção passa habitualmente por um estado de choque temporário em que se nega o sucedido. Funciona como uma defesa inicial que vai sendo substituída, depois, por uma aceitação parcial (Kübler-Ross, 2008).

**Ira:** Quando se ultrapassa a primeira fase e a negação não consegue

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008

manter-se por mais tempo, é substituída por sentimentos de ira, fúria e ressentimento (Kübler-Ross, 2008). “A questão lógica seguinte passa a ser: *Porquê eu?*” (Kübler-Ross, 2008, p. 67).

**Negociação:** O estágio de negociação, apesar de menos conhecido e discutido, é igualmente útil. Após enfrentar os factos e ter vivido a zanga e a rebelião, o indivíduo pode então tentar pensar num “acordo” que o possa ajudar a ultrapassar as dificuldades do momento (Kübler-Ross, 2008). A ideia é a de “*Sim, sou eu. Mas e se...*” (Pangrazzi, 1999, p. 33).

**Depressão:** Quando compreende que não há acordo possível, que nada pode alterar a perda, o indivíduo submerge-se na depressão. Estamos perante o “abatimento diante da verdade” (Pangrazzi, 1999, p. 34). É nesta fase que habitualmente surge o “arrependimento pelas falhas, (...), pelas oportunidades perdidas” (Kübler-Ross, 2008, p. 108).

**Aceitação:** Nesta fase, assiste-se a uma “reconciliação com a verdade” (Pangrazzi, 1999, p. 34). Aqui, o indivíduo já não está zangado, nem deprimido. Conseguiu trabalhar os seus sentimentos, podendo agora contemplar o passado e o futuro com serenidade (Kübler-Ross, 2008).

Por sua vez, em 1932, Worden propõe o conceito de “tarefa” para abordar o processo de luto (Worden, 2002). Para Worden, as fases e/ou estádios implicam uma certa passividade do indivíduo, algo por que tem de passar. Por sua vez, o conceito de tarefa, mais em consonância com o conceito freudiano de *Grief Work*, implica que o enlutado tenha de exercer alguma acção (participação activa) e que intervenção do exterior possa influenciar o processo de luto (Worden, 2002). De um ponto de vista clínico, esta abordagem pode ser igualmente facilitadora no sentido em que a pessoa percepciona que pode (e deve) fazer algo para resolver a sua dor.

O autor destaca, então, quatro tarefas básicas que o enlutado deve realizar antes de terminar o processo de luto:

**Tarefa 1 – Aceitar a realidade da perda:** “É a premissa mais evidente, mas o passo mais difícil” (Pangrazzi, 1999, p.91). De facto, quando alguém morre, mesmo se a perda é já expectável, há sempre um certo sentir de que não aconteceu. Assim, esta primeira tarefa exige o encarar de frente esta realidade – a pessoa morreu e não vai voltar (Worden, 2002). Esta tarefa está completa quando a pessoa se confronta com os factos e quando os comportamentos de “procura/busca” pelo falecido (tão extensivamente relatados por Parkes) terminam (Worden, 2002). Apesar de o tempo ser um factor importante, os rituais fúnebres têm também um papel fundamental a este nível (Worden, 2002). A tarefa pode ser, no entanto, boicotada, nomeadamente pela utilização de estratégias de negação tais como o esquecimento selectivo, a mumificação, etc., que podem significar o bloqueio do processo, o que poderá revelar indícios de luto patológico (Worden, 2002).

**Tarefa 2 – Trabalhar a dor da perda:** Nem todos experienciam o mesmo tipo de dor, na mesma intensidade, mas o facto é que é impossível perder alguém a quem se está intimamente ligado sem vivenciar algum tipo de dor. É esta dor que deve ser trabalhada, no sentido de a pessoa se permitir senti-la (Worden, 2002). Qualquer tipo de estratégia que impeça ou suprima este vivenciar da dor, apenas irá prolongar o processo de resolução de luto (Parkes, 1996). Boicotar esta tarefa passará por não perceber a importância da dor e, portanto, decidir não a sentir (Worden, 2002).

**Tarefa 3 – Ajuste a um meio circundante em que não está a pessoa falecida:** Distinguem-se três áreas essenciais de ajuste em que o enlutado se deve empenhar após a perda de alguém querido – os ajustes externos,

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008



internos e espirituais (Worden, 2002). Os ajustes externos dizem respeito à forma específica como a morte afecta o funcionamento quotidiano de cada um em contacto com o meio circundante. De facto, após uma perda, é necessário dar resposta aos papéis que foram deixados pela pessoa falecida, desenvolver novas aptidões, bem como redefinir rotinas e hábitos (Wright & Nagy, 1993; Worden, 2002). Por sua vez, os ajustes internos referem-se à forma como a perda influencia a percepção da pessoa enlutada acerca de si mesma. Aqui podem incluir-se a auto-estima e o sentido de auto-eficácia. Este último é especialmente importante para os pais enlutados pois, ao sentirem que falharam na protecção do seu filho, estão habitualmente muito sensíveis e debilitados a este nível (Worden, 2002). Por fim, os ajustes espirituais têm que ver com a forma como a perda afecta as crenças, os valores e a visão do mundo de cada um. O bloqueio nesta terceira tarefa acontece sempre que o enlutado não se adapta às mudanças provocadas pela perda (Worden, 2002).

**Tarefa 4 - Recolocar emocionalmente a pessoa falecida e prosseguir com a vida:** As pessoas em luto não se desligam do falecido, descobrem formas de desenvolver laços contínuos com ele. Aqui, supõe-se que o enlutado consiga encontrar uma forma de se manter emocionalmente ligado à pessoa que perdeu, sem que isso o impeça de continuar a investir na sua vida daí para a frente (Worden, 2002). Para muitas pessoas esta é a tarefa mais difícil de realizar – é difícil por vezes poder perceber-se que estar disponível para amar outras pessoas não significa que se ame menos quem se perdeu (Worden, 2002).

Apesar de as tarefas não seguirem uma ordem precisa, elas pressupõem alguma ordenação. Por exemplo, não se pode lidar com o impacto emocional da perda até a pessoa encarar o facto de que a perda ocorreu. Ainda assim, note-se que cada tarefa pode ser revisitada/retrabalhada ao longo do tempo e até em simultâneo (Worden, 2002).

Para o processo de luto se dar por terminado efectivamente e de uma forma verdadeiramente saudável, é essencial que a pessoa enlutada complete todas as tarefas (Worden, 2002).

Uma perspectiva um pouco distinta é apresentada por Stroebe e Schut (1999), que conceptualizam o processo de luto como um processo dual em que necessariamente há tanto orientações para a perda como orientações para o restabelecimento (in Ferreira-Alves & Silva, 2006). A orientação para a perda caracteriza-se por uma focagem na pessoa falecida e nos eventos relacionados com a morte; a orientação para o restabelecimento diz respeito ao ajustamento que o enlutado tem de efectuar às diversas mudanças que são consequência da perda – os designados *stressores* secundários (Silva, 2004). Nesta perspectiva, o que dita um processo de luto bem sucedido é a natureza oscilatória destes movimentos (Ferreira-Alves & Silva, 2006). Esta é, aliás, a grande novidade que este modelo introduz (Silva, 2004).

### 1.2- Variáveis mediadoras e luto patológico

Apesar das tentativas de conceptualizar os aspectos gerais ligados ao processo de luto, a verdade é que não existem dois padrões de sofrimento iguais. Estas diferenças individuais têm muito que ver com as variáveis que medeiam a perda e, conseqüentemente, o luto enquanto processo de adaptação à mudança (Worden, 2002).

Podem salientar-se sete variáveis mediadoras fundamentais (Worden, 2002):

**Quem era a pessoa que faleceu?** Para se poder perceber muitas das

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

reações associadas ao processo de luto, é essencial saber algumas coisas sobre a pessoa falecida e, mais especificamente, sobre a sua significância para o enlutado.

**Que tipo de relação mantinham?** A este nível é fundamental ter-se em conta a força da vinculação (o sofrimento é tanto maior quanto a intensidade do amor sentido pelo falecido), a segurança da relação (perceber o quão necessário era o falecido para o sentido de bem-estar do enlutado), a ambivalência da relação (que despoleta habitualmente grandes sentimentos de culpa pelas emoções instáveis associadas às vivências passadas), a existência de conflitos não resolvidos (assuntos inacabados) e as relações dependentes (que afectarão muito ao nível da adaptação às rotinas quotidianas sem o falecido).

**Morte em que circunstâncias?** Tradicionalmente, as mortes têm sido catalogadas segundo a categoria NASH – morte Natural, Acidental, por Suicídio e Homicídio. Ainda assim, outros aspectos podem ser relevantes – por exemplo, a proximidade geográfica do local onde ocorreu a morte pode ser importante no processo de aceitação da veracidade dos factos. Por outro lado, a imprevisibilidade *vs.* previsibilidade da morte é também fundamental, sendo que tende a considerar-se a morte imprevisível/repentina como mais difícil de lidar. A violência/ambiguidade da morte é também um aspecto a ter em conta a este nível – mortes violentas e/ou ambíguas tendem a ser mais traumáticas e mais difíceis de se lhe atribuir um significado. Por sua vez, o estigma associado a determinadas mortes é também muito importante, especialmente no que toca à posterior mobilização da rede social de suporte. Um outro aspecto a ter em conta é a possibilidade de “prevenção” da morte – – mortes percebidas como podendo ter sido evitadas tendem a seguir-se de sentimentos de culpa que prolongam o processo de resolução do luto. Por outro lado, a possibilidade de múltiplas perdas em simultâneo poderá ser também uma variável de risco.

**Antecedentes históricos?** É fundamental poder perceber-se os antecedentes históricos da pessoa enlutada, quer a nível de perdas anteriores e estratégias usadas para a sua resolução, quer em relação à vivência familiar transgeracional e até ao nível da tendência pessoal e familiar para os distúrbios emocionais/psicológicos.

**Variáveis pessoais?** A generalidade dos autores tende a dar importâncias às variáveis pessoais na forma de encarar a perda, nomeadamente no que diz respeito à idade, ao sexo, aos estilos de *coping*, de vinculação e cognitivos, à auto-estima e auto-eficácia, e finalmente, aos valores e crenças.

**Variáveis sociais?** A este nível é importante ter presente as possibilidades de apoio que se oferecem aos enlutados, nomeadamente no que diz respeito à presença (ou ausência) de rede social de suporte, à qualidade deste apoio e à satisfação (ou não) com que o enlutado o recebe.

**Factores de stress concorrente?** Para além do sofrimento ligado ao luto, a perda traz consigo mudanças que lhes são consequentes e com as quais o enlutado tem de lidar em simultâneo. Por outro lado, outros desafios (que em nada ligados ao processo de luto) podem surgir nessa altura e vir exigir ao enlutado esforços adicionais no sentido de lhes responder.

Revistas as variáveis essenciais que podem pesar no trilha por um luto mais ou menos bem resolvido, será importante esclarecermos o que caracteriza um processo de luto dito patológico.

Por luto patológico entende-se uma intensificação do luto a um nível

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008

tal que ultrapassa o indivíduo no que diz respeito à mobilização dos seus recursos. Daí resultam comportamentos maladaptativos que bloqueiam o processo de luto numa das tarefas e/ou estádios impedindo a sua completude adequada. Envolve processos que, em vez de progressivamente levarem à assimilação ou acomodação, levam antes a repetições estereotipadas ou interrupções extensas do processo de resolução (Horowitz, 1980, in Worden, 2002). Estudos recentes que usaram amostras independentes demonstram que os sintomas do luto patológico formam, de facto, uma síndrome que é distinta, quer das reacções normais do luto, quer da depressão e ansiedade (in Langner & Maercker, 2005).

São várias as formas pelas quais se pode conceptualizar as reacções de luto patológico – um dos paradigmas mais usados descreve-as em termos de quatro possibilidades (Worden, 2002):

– Reacções de sofrimento crónico, isto é, excessivos na sua duração e que nunca obtêm uma conclusão satisfatória.

– Reacções de sofrimento atrasadas/adiadas, isto é, a pessoa não manifestou o seu pesar de uma forma suficientemente satisfatória aquando da perda e acaba por vir a manifestá-lo posteriormente, de uma forma exagerada, e ligado a uma outra situação que, muitas vezes, em nada tem a ver com a perda anterior.

– Reacções de sofrimento exageradas, isto é, emoções que são vivenciadas de uma forma demasiadamente intensa.

– Reacções de sofrimento mascaradas, isto é, a pessoa não se apercebe que os seus sintomas estão ligados à perda. A “máscara” pode revelar-se em termos de sintomas físicos (somatização) ou através de comportamentos aberrantes ou desadaptativos.

Outros autores salientam, ainda, os sintomas de evitação, as alterações nas relações interpessoais, alterações do discurso e na actividade, negação ou identificação com o falecido e inibição da expressão das emoções (Albuquerque, Pacheco, & Soares, 1986). São citados também como pertencentes ao luto patológico, os sonhos repetidos com a pessoa falecida, um discurso alusivo ao falecido como se ele estivesse vivo e os processos de internalização (Leitão, 1990).

### 1.3 – O luto pela morte de um filho – que especificidades?

“A cultura moderna tornou a morte um tabu mais resistente que o tabu sexual” (Gameiro, 1991, p. 24). Não é permitida a familiaridade com a morte natural (própria e dos entes queridos), e muito menos ainda tratando-se de filhos/crianças (Gameiro, 1991).

A morte de um filho tem sido considerada como uma das perdas mais dolorosas, o desgosto mais penoso e devastador, relativamente ao qual o luto se torna mais difícil de elaborar (Paul, 1974; Leon, 1990; Lopes, 1996; Nussbaumer & Russell, 2003; Decinque, Monterosso, Dadd, Sidhu, & Lucas, 2004). Vários autores consideram que a perda de um filho é mais *stressante* para os pais do que a morte de um cônjuge (Osterweis et al., 1984, Dyrgroven, 1990, in Goodenough, Drew, Higgins, & Trethewie, 2004; Knapp, 1986, in Rini & Loriz, 2007). Pollock (1961) sustenta que o ser humano adulto e maduro é capaz de elaborar o luto de uma forma adequada e bem sucedida, admitindo apenas uma excepção – a perda de um filho. Esta poderá nunca ser totalmente integrada e aceite, independentemente de quão maduros possam ser estes pais (in Lopes, 1996).

O luto pela perda de um filho reveste-se de características específicas

e que lhe são peculiares. De facto, a morte de uma criança abala as crenças mais básicas acerca do mundo – após a perda, os pais tendem a perceber a realidade como perigosa, injusta e incontrolável (Weiss, 2001, in O’Leary, 2004). Começam a entender a vida como mais frágil e preciosa (Calhoun & Tedeschi, 2001, in O’Leary, 2004).

Para os pais, os filhos representam uma parte do seu ser e da sua imortalidade (Miles & Crandal, 1983). Segundo Hébert (1991), para além da perda de um objecto de amor investido a um nível narcísico e libidinal, os pais confrontam-se igualmente com o traumatismo de sentirem a sua própria morte em vida, através da morte do seu filho (in Lopes, 1996). Solnit (1994), chega mesmo a referir que a morte de um filho é a interrupção do caminho para a eternidade que os pais quiseram traçar ao procrearem (in Lopes, 1996).

Por outro lado, o papel parental reveste-se de uma grande conotação individual e social ao nível da responsabilidade de protecção dos filhos, quer ao nível físico, quer em relação ao seu bem-estar emocional (Miles & Crandall, 1983). Neste sentido, é habitual os pais enlutados vivenciarem uma culpabilidade muito significativa, sentida como insuportável e associada a depressão, raiva e ansiedade prolongada (Janoff-Bulman, 1992; Davis et al., 2000, in O’Leary, 2004; Leon, 1990). Esta culpa pode advir de várias fontes; Miles e Demi (1991, in Worden, 2002) referem cinco tipos essenciais de culpa que os pais em luto vivenciam:

- Culpa cultural, relativa à expectativa social ligada ao dever dos pais no que diz respeito à protecção dos filhos;
- Culpa causal, se o progenitor foi responsável pela morte da criança por alguma negligência real ou percebida;
- Culpa moral, caracterizada pelo sentimento do progenitor de que a morte da criança foi devida a uma infracção moral na sua vida presente ou passada;
- Culpa sobrevivente, encontrada normalmente quando os pais e a criança estiveram envolvidos no mesmo acidente e os pais sobrevivem e a criança não;
- Culpa de recuperação, isto é, quando os pais se sentem culpados por ultrapassar o seu luto e prosseguir com a vida.

De facto, muitos pais enlutados crêem que reinvestir noutra relação (como um filho subsequente) ou prestar atenção a outros assuntos pode significar o esquecimento/abandono da criança falecida (Cordell & Thomas, 1997; Davis & al., 2000; O’Leary & al., 1998; Weiss, 2001; in O’Leary, 2004).

Por outro lado, perante a perda de um filho, os pais mantêm os seus padrões de parentalidade apesar do objecto de relação a este nível não existir mais (Riches & Dawson, 1998, in O’Leary, 2004). Quando confrontados com esta realidade avassaladora, os pais enlutados envolvem-se numa árdua “busca de sentido” (*search of meaning*) considerada essencial no processo de resolução do luto (Miles, 1979, 1984, in Miles & Crandall, 1983; Wright & Nagy, 1993; Davis et al., in O’Leary, 2004; Nussbaumer & Russell, 2003). Simos (1979) indica que o sofrimento pode levar a uma vida com mais sentido mas que, ainda assim, para a vida ser tolerável após a perda tem que existir esta procura activa no sentido de se restaurar um significado à vida (in Miles & Crandall, 1983). De salientar que, tendencialmente, os pais que perdem um filho único revelam um mais elevado nível de *stress* e sofrimento do que pais que mantenham outros filhos em vida (Archer, 1999, in

O'Leary, 2004). Outros autores apontam igualmente que pais que perdem um filho único, negam mais facilmente o seu papel enquanto pai/mãe, até porque, o facto de não poderem pôr em prática esta relação torna o estatuto parental problemático, delicado de definir e assumir publicamente e logo, difícil de manter (Riches & Dawson, 1998; Klier et al., 2002, in O'Leary, 2004).

Os pais enlutados têm de reaprender a reinvestir no mundo sem o filho falecido; aliás, o seu meio envolvente espera muitas vezes deles esta capacidade de se manterem funcionais num ambiente que já não inclui o seu filho (Cordell & Thomas, 1997, in O'Leary, 2004).

Neste contexto, duas questões parecem preponderantes – Que factores facilitam ou dificultam a elaboração do luto pela morte de um filho?; Quanto tempo é necessário para a integração da perda?

Segundo Hébert (1991), a elaboração do luto é dificultada pelo recurso sistemático ao pensamento confusional por parte dos pais (in Lopes, 1996), que os impede de se envolverem de facto no processo de luto. Por outro lado, Leon (1990) parece salientar a importância da possibilidade de um luto antecipatório, mais do que qualquer outro factor, para um reajuste emocional posterior mais facilitado (Leon, 1990). De facto, quando a morte de um filho acontece após uma doença prolongada irreversível, os pais têm esta possibilidade de se preparar com antecedência para a perda inevitável. Em casos de mortes repentinas (por acidente, doença aguda, homicídio ou suicídio) este processo antecedente não é possível, sendo que nestes casos o prognóstico é bastante mais reservado – há mais possibilidade de se desenvolverem reacções pós-traumáticas e luto patológico (Lopes, 1996; Wisten & Zingmark, 2007; Secharin, Andresen, Norris, & Toce, 2004, in Rini & Loriz, 2007). Com efeito, perante a morte acidental de um filho os pais tendem a demonstrar mais sentimentos intensos de raiva, depressão, estigma, absentismo ao trabalho, tensão parental e conjugal e sintomatologia física no período imediato à perda (Lehman et al., 1987, in Murphy, Gupta, Cain, Johnson, Lottan, Wu, & Mekwa, 1999). Nos casos de homicídio, imagens recorrentes da cena (da forma como a percebem), sentimentos de raiva, frustração e desejos de vingança são muito frequentes (Sprang, 1992, in Murphy, Gupta, Cain, Johnson, Lottan, Wu, & Mekwa, 1999). Nas situações de suicídio, os pais tendem a sentir-se confusos e rejeitados (Ness & Pfeffer, 1990, in Murphy, Gupta, Cain, Johnson, Lottan, Wu, & Mekwa, 1999). Não obstante, em qualquer destas perdas inesperadas, independentemente da idade do filho falecido, é consensualmente considerado que o processo de luto é mais difícil (Lopes, 1996).

Outros autores, por sua vez, salientam a pertinência de conceder realidade à morte. Para Kennel e Klaus (1993, in Lopes, 1996), guardar memórias do filho falecido (desde que não ao nível da mumificação) ou poder tocá-lo/vê-lo depois de morto são oportunidades essenciais para os pais se direccionarem de uma forma saudável e realista para o processo de luto. A este respeito, estudos mostram que se assiste a uma quase total ausência de reacções patológicas de luto nas mães que tenham tocado nos seus bebés antes de estes terem morrido, o que contrasta com as reacções das restantes mães (Kennel et al., in Lopes, 1996). De salientar igualmente que, segundo Leon (1990), o pesar é mais intenso no luto por uma criança mais velha do que no luto por uma perda peri-natal, e isto porque a relação íntima prévia e prolongada no tempo envolve um maior grau de perda objectal (Leon, 1990). No entanto, perante a morte de um filho mais velho as memórias das interacções podem facultar uma saída para um luto facilitado

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008

(situação que na perda peri-natal ou em bebé não se verifica, pois podem não existir ou serem muito reduzidas as lembranças da pessoa morta) (Leon, 1990; Kennell & Klaus, 1993, in Lopes, 1996).

Por outro lado, o contexto relacional favorável e/ou um acompanhamento psicoterapêutico é outro dos factores apontados como fundamentais para a elaboração do luto pela perda de uma filho (Lopes, 1996; Nussbaumer & Russell, 2003). Num estudo realizado com famílias a quem tenha falecido um filho, Forrest e colaboradores (1982) encontraram uma incidência significativamente maior de sintomatologia psicopatológica nas mães que, por um lado, não dispunham de suporte social e relacional adequado, e por outro, não recebiam qualquer tipo de apoio especializado (in Lopes, 1996). Outros autores confirmam esta ideia – Benfield e colaboradores (1978) isolaram como principal factor explicativo das diferenças de evolução no luto das mães que perderam um filho, as atitudes das pessoas que as rodeiam; por sua vez, Guedj (1991) constata uma maior frequência com que manifestam sintomatologia depressiva as mães de bebés que morreram e que, simultaneamente, recusaram a possibilidade de um acompanhamento de suporte (in Lopes, 1996). Neste contexto, Leon (1990) salienta que, por exemplo, o que torna a perda de um bebé tão desafiadora é a falta de suporte e validação social da dor a ela associada (Leon, 1990). A família e os amigos tendem a esperar que os pais substituam a criança rapidamente como forma de mais facilmente recuperar da perda (Powell, 1995, O’Leary & al., 1998, in O’Leary, 2004). Estudos sugerem que quando a tentativa dos pais de manterem a lembrança do seu filho viva não é partilhada pelo seu sistema de suporte, vários tipos de problemas podem surgir (Detmer & Lamberti, 1991, Klass, 1999, in O’Leary, 2004), contribuindo-se assim para a persistência de um luto profundo (O’Leary, 2004).

Outros autores sugerem que o local da morte é igualmente uma variável a ter em conta – estudos sugerem que existe um melhor ajuste quando o filho morre em casa e não em outro lugar (Martinson et al., 1978; Lauer et al., 1983, Mulhern et al., 1983, in Goodenough, Drew, Higgins, & Trethwie, 2004), e isto, especialmente, quando as normas culturais envolventes apoiam preferencialmente cuidados infantis focados em casa/na família, e não nas instituições (Papadou et al., 1996, in Goodenough, Drew, Higgins, & Trethwie, 2004). Aparentemente, pais que sejam envolvidos no tratamento dos filhos em casa tendem a demonstrar no pós-morte uma orientação social mais positiva, bem como no que diz respeito às crenças existenciais (Goodenough, Drew, Higgins, & Trethwie, 2004). Contrariamente, pais de filhos que tenham falecido no hospital tendem a demonstrar-se mais ansiosos e depressivos, com um maior sentimento de culpa e com mais problemas somáticos e interpessoais (Lauer et al., 1983, Mulhern et al., 1983, in Goodenough, Drew, Higgins, & Trethwie, 2004). Por outro lado, outros estudos atestam que o funcionamento interpessoal percebido poderá ser pior a um nível mais imediato para as famílias cujo filho tenha sido cuidado em casa em vez de no hospital (Birenbaum & Robinson, 1991, in Goodenough, Drew, Higgins, & Trethwie, 2004).

No que diz respeito ao peso das variáveis sócio-económicas das famílias, parecem existir poucas conclusões relativamente à sua interferência no processo de luto. No entanto, alguns estudos atestam que os pais mais instruídos não se distinguem dos restantes relativamente às suas reacções perante a morte de um filho (Parkes, 1998).

Outros autores salientam igualmente a idade dos pais aquando da

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008

perda – pais mais velhos apresentariam estratégias de *coping* menos adequadas do que os pais mais jovens (Parkes, 1998). No entanto, vários outros estudos não corroboram estas conclusões (Li, Precht, Mortenson, & Olson, 2003).

Relativamente ao tempo necessário à elaboração do luto, as várias opiniões divergem. Embora a maioria aponte prazos que variam entre seis meses e um ano, outros propõem períodos bastante mais alargados (Lopes, 1996). Segundo Kennell e Klaus (1993, in Lopes, 1996) o luto por um bebé falecido tem uma duração normal de sete a nove meses. Neste sentido vai também a constatação de Forrest e colaboradores (1982, in Lopes, 1996) relativa à emergência de variados sintomas de foro psicopatológico em mulheres que engravidaram durante os seis meses posteriores à morte de um filho e que não tiveram qualquer suporte psicoterapêutico. Hazzard e colaboradores (1992), por sua vez, atestam que o luto parental tende a manter-se intenso por pelo menos quatro anos (in Goodenough, Drew, Higgins, & Trethewie, 2004).

Tendo em conta a duração do luto, alguns autores aconselham que haja algum intervalo de tempo entre a morte de um filho e uma gravidez posterior (Lopes, 1996). Segundo Speck e Kennel (1980) e Kennell e Klaus (1993) este período deverá ser de seis meses a um ano; para Sosa e Cupoli (1981) de doze a quatorze meses e, na opinião de Bowlby (1980) no mínimo um ano (in Lopes, 1996). Não obstante, segundo Leon (1990), independentemente do tempo que passe, o luto pela morte súbita de um filho nunca se encontra completamente concluído, no sentido de um retorno ao funcionamento prévio à perda.

Por exemplo, no que diz respeito aos pais enquanto casal, é interessante perceber igualmente que o divórcio tem vindo a ser frequentemente associado ao luto parental (Wright & Nagy, 1993; Worden, 2002; Schwab, 1998). Schiff (1977, in Worden, 2002) menciona que vários estudos estimam que quase noventa por cento dos casais em luto passam por sérias dificuldades conjugais alguns meses após a morte de um filho. A abstinência sexual é frequente (mas o oposto também pode acontecer) (Worden, 2002). Klass (1986, in Worden, 2002) dá uma excelente descrição do efeito paradoxal da morte de uma criança na relação dos pais: a perda partilhada cria um laço novo e profundo entre o casal, ao mesmo tempo que surge uma sensação de estranheza entre eles. O paradoxo é expresso de maneira diferente consoante a relação que possuíam antes da morte da criança. Porém, outros autores (Rando, 1986; Lang & Gottlieb, 1993) afirmam uma falta de evidências empíricas que suportem esta relação luto por um filho e divórcio (in Schwab, 1998).

#### 1.4 – Qualidade de Vida

A qualidade de vida é um conceito que tem vindo a estar “na moda” de há uns anos para cá e que pode ser conceptualizado segundo diversos pontos de vista (Bruchon-Schweitzer, 2002).

“Alguns autores (Cummins, 1997; Rapley, 2003) que procuraram efectuar um enquadramento histórico do conceito, situam o aparecimento de definições operacionais da qualidade de vida na primeira metade do século XX, associadas a uma abordagem economicista, baseada em indicadores sociais” (Canavarro, Serra, Pereira, Simões, Quintais, Quartilho, Rijo, Carona, Gameiro, & Paredes, 2006, p.15).

O grande problema é que estamos perante um termo lato e pouco consensual quanto à sua definição (Bruchon-Schweitzer, 2002). De facto,

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008

termos como a “felicidade”, “satisfação com a vida”, “realização pessoal”, (...) surgem associados ao debate sobre o significado da qualidade de vida, (confundindo-se muitas vezes com ela), e dificultando a delimitação científica do conceito (Bruchon-Schweitzer, 2002; Canavarro et al., 2006).

São vários os modelos teóricos que têm sido propostos. O modelo de Calman (1984), por exemplo, sugeria que cada indivíduo possui os seus próprios objectivos e desejos e que a qualidade de vida poderia ser medida tendo em conta as diferenças entre as aspirações/expectativas do sujeito e a sua experiência actual. Instrumentos como o SEIQOL (*Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life*) e o PGI (*Patient Generated Index*) usam este modelo como base conceptual (Fayers & Machin, 2000).

Por sua vez, outros modelos relacionam a qualidade de vida com a capacidade dos sujeitos em satisfazerem as suas necessidades humanas (“*human needs*”). A qualidade de vida seria tanto maior quanto o número de necessidades completamente satisfeitas. Entenda-se que o conceito de “necessidade” abarca aqui aspectos como a identidade, o estatuto social, a auto-estima, a segurança, etc. (Fayers & Machin, 2000).

Tem-se sugerido também que o bem-estar pessoal, a satisfação com a vida e o impacto da doença nos domínios social, emocional, ocupacional e familiar serão igualmente indicadores da qualidade de vida (Fayers & Machin, 2000).

Abordagens existencialistas salientam, ainda, a pertinência de itens ligados ao prazer de viver e a uma visão positiva da vida para uma qualidade de vida elevada (Fayers & Machin, 2000). Por outro lado, as abordagens mais utilitárias associadas às Teorias da Decisão salientam a importância da preferência do indivíduo em relação a cada dimensão da qualidade de vida e o peso que este lhe atribui (Fayers & Machin, 2000).

O modelo de Frisch, em 1994, acaba já por congrega, de alguma forma, algumas destas ideias. Designado por “Modelo de Qualidade de Vida do Contentamento e Bem-Estar Subjectivo”, é aditivo e linear – o contentamento perante a vida é o somatório da Satisfação em determinadas áreas que a pessoa valoriza e/ou considera de importância (Fagulha, Duarte, & Miranda, 2000). “Os correlatos do bem-estar subjectivo decorrem em grande medida do juízo que cada um faz do seu contentamento perante a vida. A distância percebida entre o que a pessoa tem e o que a pessoa gostaria de ter, naquelas áreas da sua vida, que valoriza, determina o seu grau de contentamento perante a vida. A avaliação subjectiva que cada um faz da realização das(os) necessidades, objectivos e aspirações pessoais traduz-se em contentamento perante a vida (*life satisfaction*) que, por sua vez, significa qualidade de vida (*quality of life*)” (Frisch, 1994, in Fagulha, Duarte, & Miranda, 2000, p.7). O modelo é operacionalizado pelo Inventário da Qualidade de Vida (IQV) (Fagulha, Duarte, & Miranda, 2000).

Como temos vindo a ver, associada às múltiplas definições da qualidade de vida, assistiu-se a uma proliferação de instrumentos de avaliação – segundo Mc Dowell e Newell (1996), existem mais de oitenta escalas de medidas diferentes deste mesmo construto (in Bruchon-Schweitzer, 2002).

É neste contexto, e com o intuito de atribuir alguma delimitação internacional a este nível, que a Organização Mundial de Saúde reuniu, na década de 90, um conjunto de *experts* provenientes de várias culturas (o Grupo WHOQOL) com o objectivo de debater o conceito e, subsequentemente, contruir um instrumento capaz de o medir (Canavarro et al., 2006; Fleck, 2006). A definição apresentada pelo grupo reflecte as

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008



conclusões a que chegaram, nomeadamente no que diz respeito à subjectividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas/negativas no conceito de qualidade de vida (Canavarro et al., 2006), tão discutidas até então. A qualidade de vida foi então definida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994, p. 28, in Canavarro et al., 2006, p. 16).

As características consideradas centrais para a definição do conceito são (Fleck, 2006):

– Subjectividade: a subjectividade está presente aquando da mensuração da percepção pessoal acerca das condições objectivas e/ou subjectivas de vida.

– Multidimensionalidade: estamos perante um construto que envolve mais do que uma dimensão – física, psicológica, social, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais.

– Aspectos positivos e negativos: a qualidade de vida inclui tanto aspectos positivos - aqueles que devem estar presentes para conferir uma dita “boa” qualidade de vida; e negativos, isto é, os que deveriam estar ausentes para se atingir esse nível de qualidade de vida (por exemplo, a dor).

Desde 1995, o Grupo WHOQOL produziu dois instrumentos genéricos da qualidade de vida, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref. Desenvolveu ainda módulos específicos para o HIV (WHOQOL-HIV), espiritualidade/religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB), pessoas idosas (WHOQOL-OLD) e está a iniciar um projecto que visa desenvolver um instrumento específico para pessoas com incapacidades intelectuais e físicas (DIS-QOL) (Fleck, 2006).

As vantagens de desenvolver este tipo de trabalho a nível internacional são inúmeras. Entre elas, está o facto de se possuir uma rede de investigadores espalhados pelo globo oferecendo-se, assim, a possibilidade de se fazer comparações transculturais num mundo que tenta ser cada vez mais globalizado (Fleck, 2006).

Relativamente à relação entre luto e qualidade de vida, poucos ou nenhuns estudos são citados. A maioria das referências por nós encontradas focam as variáveis que medeiam o luto e não o impacto que este pode ter noutras dimensões da vida dos sujeitos, nomeadamente na qualidade de vida em si. Ainda assim, alguns autores salientam o facto de alguns doentes terminais, idosos e indivíduos em luto conseguirem integrar nas suas vidas as experiências de doente terminal, de velhice e de enlutamento, não como factores de destruição mas como factores de qualidade de vida e de novo projecto de vida (Gameiro, 1991).

### **1.5 – *Stress e Coping face à crise***

O *stress* tem vindo a tornar-se um tema de excelência – primeiro como tópico popular nas revistas e jornais, depois como assunto preponderante nos artigos ligados à Psicologia; a verdade é que, hoje em dia, o *stress* emerge como um campo de estudo independente e autónomo. As razões para este interesse crescente são claras. São vários os trabalhos que atestam os custos do *stress* na saúde, na produtividade e no bem-estar (Smith, 1993).

A palavra *stress* provém da palavra latina *strictus*, que significa

apertado/firme, o que se refere, de alguma forma, às sensações internas de contricção habitualmente vividas quando sob *stress* (Smith, 1993). No entanto, as primeiras acepções do *stress* referiam-se muito mais a componentes externas da vida objectiva do que internas (Cox, 1978, in Smith, 1993). No século XIV, por exemplo, o *stress* era entendido como adversidade, situação de dificuldade e sofrimento/dor (Lazarus & Folkman, 1984, in Smith, 1993). Já no início do século XIX, define-se *stress* como a *ratio* da força interna criada pela carga (*load*) aplicada na área sobre a qual a força está a ser exercida (Hinkle, 1977, in Smith, 1993). Neste sentido, o *stress* exercido num dado objecto resulta em mudanças físicas nesse mesmo objecto, mudanças estas que podem ser medidas (Engel, 1985).

Mais tarde, em 1930, Cannon e Selye sugerem o termo *homeostase* para definir o equilíbrio do meio corporal interno (in Smith, 1993). Neste contexto, o *stress* começa a ser entendido como uma perturbação da *homeostase* provocada por solicitações/pressões do meio externo (os *stressores*) (Smith, 1993).

Numa concepção mais cognitivo-comportamental, Beck (1976), retomando o paradigma A-B-C-D-E<sup>1</sup> de Ellis (1974), coloca a ênfase nos vários níveis de cognição, nomeadamente o pensamento automático (diálogos internos/preocupações de cada um que podem ser indutores de *stress* e que revelam habitualmente uma incapacidade para lidar com a situação aversiva e uma visão negativa acerca do futuro), os processos cognitivos pelos quais cada pessoa digere o estímulo (estamos perante *stress* sempre que destes processos resultam conclusões inconsistentes com a realidade e/ou contraditórias em relação ao que o sujeito pensa de si), os esquemas cognitivos (que são, no fundo, crenças esquemáticas que se aplicam invariavelmente a situações não específicas), e finalmente, as estruturas cognitivas que permitem identificar os estímulos, ordenar a informação ambígua e seleccionar as estratégias adequadas para lidar com a situação (in Smith, 1993). Vários estudos empíricos (Blackburn, 1988; Blackburn & Eunson, 1988) destacam que os sujeitos depressivos tendem a descrever-se negativamente e a cometer mais erros de pensamento/ /pensamento disfuncional (in Smith, 1993). Por outro lado, estudos demonstram, também, que indivíduos ansiosos tendem a encarar as situações ambíguas mais como ameaçadoras, a representar uma imagem de si vulnerável e a pensar o futuro como imprevisível (Butler & Mathews, 1983, in Smith, 1993).

Durante e após a Segunda Guerra Mundial, a pesquisa sobre o *stress* continua a focar-se nas reacções a estímulos específicos, nomeadamente *stressores* criados pelo Homem ou provocados em laboratório (Smith, 1993). É Meyer o primeiro a dar o passo noutra direcção e a começar a ter em consideração a importância dos eventos do quotidiano no *stress* dos indivíduos (Smith, 1993). Após ele, vários autores (Wolff, 1950; Holmes &

<sup>1</sup> Ellis desenvolveu uma Terapia Emotiva Racional (*rational emotive therapy* – RET) no sentido de tratar distúrbios psicológicos. A ideia-base do autor é a de que os diversos distúrbios psicológicos provêm do pensamento irracional. Descreve, então, o paradigma A-B-C-D-E, em que A se refere à experiência activadora, isto é, o estímulo externo a que a pessoa responde. O B refere-se às crenças e pensamentos que se despertam ao responder a A. O C diz respeito às consequências comportamentais e emotivas que resultam de A. Por sua vez, o D refere-se ao esforço do terapeuta e do sujeito em desafiar estas crenças, emoções, pensamentos quando irracionais. Finalmente, o E diz respeito ao efeito de se confrontar com sucesso as crenças irracionais, efeito este que é, no fundo, o reduzir do *stress*.

Rahe, 1967) vão aproximar-se desta abordagem, nomeadamente no estudo da relação entre os eventos *stressores* do quotidiano e o desenvolvimento de sintomatologia/doenças (in Smith, 1993). Focam-se em três dimensões essenciais – o conteúdo do evento (magnitude, desejabilidade, contexto em que ocorre); a ambiguidade do evento (previsibilidade e capacidade de controlo sobre ele); e o *timing* do evento (aparecimento e duração) (Smith, 1993). De facto, vários autores (Thoits, 1983; Ross & Mirowsky, 1979) salientam a relação entre a desejabilidade do evento e o reajuste face à mudança (in Smith, 1993). Em relação à magnitude, eventos maiores estão habitualmente mais relacionados com a patologia (Brown & Harris, 1978; Fava, Mundri, Pavan, & Kellner, 1981, in Smith, 1993). Estudos evidenciam igualmente que eventos menores se correlacionam moderadamente com eventos maiores – um evento de impacto significativo traz consigo impactos menores que funcionam igualmente como *stressores* (Smith, 1993). Para além disto, alguns estudos mostram igualmente uma relação entre sintomas de *stress* associados aos papéis sociais (cônjuge, responsabilidade económica, parentalidade e emprego) (Kandel, Davies, & Raveis, 1985; Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981, in Smith, 1993). Ainda neste contexto, Linville e Fischer (1991) propuseram que os indivíduos preferem habitualmente experienciar dois eventos positivos ou negativos separados por algum espaço de tempo, mas preferem ainda mais passar por um evento negativo e um positivo em simultâneo ou próximos um do outro, no sentido de “abafar” a perda/negatividade com o aspecto positivo (in Smith, 1993). Podem existir, também, contextos de *stress* elevado em que eventos adicionais não produzam qualquer impacto (Perkins, 1982, in Smith, 1993). No que diz respeito à previsibilidade do acontecimento, a investigação aponta para o facto de os sujeitos preferirem *stressores* previsíveis (ainda que mais custosos) do que imprevisíveis/incontroláveis (Miller, 1981; Badia, Harsh & Abbot, 1979, in Smith, 2003). Pensar que se possui algum controlo sobre o estímulo aversivo parece reduzir o *stress* – os eventos percebidos como incontroláveis tendem a relacionar-se mais com a depressão (Thoits, 1983, in Smith, 1993). Algumas teorias tentaram explicar esta reacção, nomeadamente através da Hipótese de Resposta Preparatória<sup>2</sup> (Perkins, 1968, in Smith, 1993). Estudos mais recentes (Foa et al., 1992) referem ainda o facto dos eventos percebidos como incontroláveis e imprevisíveis serem mais passíveis de levar a uma PTSD (Perturbação de *Stress* Pós-Traumático) (in Frazier, Steward, & Mortensen, 2004). A este nível, Frazier, Berman e Steward (2002) desenvolveram um modelo temporal relativo ao controlo e ao posterior ajuste ao evento traumático que foca três tipos de controlo – controlo acerca do passado (*Será que eu podia ter impedido isto?*); controlo sobre o futuro (*Serei eu capaz de impedir que esta situação aconteça de novo?*); e controlo sobre o presente (*O que posso eu fazer para lidar com a situação neste momento?*)<sup>3</sup> (Frazier, Steward, &

<sup>2</sup> De acordo com a Hipótese de Resposta Preparatória (*Preparatory Response Hypothesis*), um evento assinalado com antecedência permite ao indivíduo preparar-se para o estímulo *stressor* reduzindo, assim, o nível de *stress* que este lhe irá provocar (Perkins, 1968, in Smith, 1993). Perante a possibilidade de avaliar o estímulo *stressor*, o indivíduo pode considerar as estratégias de *coping* que lhe serão mais favoráveis. No entanto, outros autores (Matthews et al., 1989; Breznitz, 1967) defendem que existem alturas em que os *stressores* previsíveis não são preferíveis, e isto no sentido em que o facto de se atribuir muita atenção ao estímulo que estamos a prever pode aumentar o *stress* (*incubation of threat*) (in Smith, 1993).

<sup>3</sup> Parece que nem todos estes tipos de controlo são adaptativos. Por exemplo, Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise. Um estudo exploratório.

Mortensen, 2004). No que diz respeito à própria duração do evento, os estudos apontam para o facto dos *stressores* limitados no tempo terem menor impacto. Por sua vez, *stressores* que perdurem no tempo (crónicos) podem evocar alguma exaustão, apesar de permitirem igualmente alguma habituação (o que poderá significar uma leitura alternativa do estímulo, visto agora como não ameaçador; ou ainda o sucesso das estratégias de *coping* implementadas) (Smith, 1993).

Em 1984, numa concepção já mais actual e generalizada (ligada às Abordagens Transaccionais), Lazarus e Folkman definem o *stress* como sendo uma transacção específica entre o sujeito e o meio, na qual o indivíduo sente os seus recursos desafiados e insuficientes, percebendo a situação como uma potencial ameaça ao seu bem-estar (in Bruchon-Schweitzer, 2002). Segundo esta conceptualização, não são as características objectivas da situação dita *stressante* (como a sua duração, frequência, intensidade...) que moldam a reacção psicossomática do sujeito perante o contexto aversivo, mas sim a avaliação subjectiva que o próprio faz dela e dos recursos disponíveis que possui para a enfrentar; estamos perante o conceito de *stress* percebido (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Enfim, como podemos ver, foram vários os “trilhos” teóricos que foram sendo tomados na tentativa de melhor compreender esta temática, bem como de a fundamentar empiricamente. No entanto, e após termos revisto sumariamente o que se pode entender pelo conceito, o que nos importa aqui é o impacto do dito *stress* a um nível mais familiar, nomeadamente perante uma crise (neste caso, a perda de um filho).

É sabido que todas as famílias atravessam crises – mas o que constitui a crise pode ser (e é) diferente para cada família. Não existem regras que definam o que se pode constituir como crise para as famílias e cada um dos vários elementos vive a situação de uma maneira que lhe é específica (Manocchio & Petitt, 1975).

A família é normalmente um recurso que protege, de alguma forma, os seus membros quando perante *stress*. No entanto, as próprias relações entre os vários elementos da família podem ser, por si só, já uma fonte de *stress* extremamente perturbadora, que gera mau-estar e pode chegar a despoletar patologia (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Por outro lado, ao longo do seu ciclo de vida, são vários os desafios que se colocam às famílias. Algumas destas transições podem ser extremamente custosas, especialmente quando não normativas. As mudanças, quer por construção ou desconstrução dos laços familiares, bem como no que diz respeito às alterações ao nível dos papéis, das responsabilidades e dos ajustes que são necessários, são sempre sentidas como *stressantes* (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ainda assim, é interessante podermos dar-nos conta que algumas famílias atravessam o seu ciclo de vida defrontando-se com acontecimentos (previsíveis ou inesperados) indutores de *stress*, sem que nenhum dos seus membros apresente perturbações emocionais que exijam intervenção psicoterapêutica. Outras porém não o

---

segundo concluíram os autores, a crença de que o evento passado era controlável está associada a mais *stress* e a um mais difícil reajuste. Contrariamente, sentir controlo sobre a situação presente revela normalmente um mais adequado ajuste emocional. Em relação ao controlo de situações futuras, costuma associar-se um bom ajuste face à crise, apesar de neste tipo de controlo específico os dados não serem tão claros (Frazier, Steward, & Mortensen, 2004).

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

conseguem fazer (Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993). “O resultado final – conseguir lidar com o *stress*, a saúde dos membros da família, ou a perturbação, a crise – foi bem expresso por Hill (1958) no seu modelo ABC-X, que constituiu um verdadeiro ponto de partida para posteriores investigações sobre *stress* familiar” (Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993, p. 86). O modelo de Hill aponta três variáveis – o acontecimento indutor de *stress*, os recursos familiares na altura do acontecimento indutor de *stress* e a percepção do acontecimento. Da interacção destas variáveis resulta a incógnita (X) corporizada pela possibilidade de lidar com o *stress* ou pela perturbação emocional (Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993). “Estas três variáveis foram e continuam ainda hoje a ser, embora revisitadas, a base da Teoria do *Stress* Familiar” (Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993, p. 86).

Têm sido feitas diversas investigações no sentido de se tentar apurar quais os recursos que possibilitam às famílias lidar com o *stress*. Por recursos familiares entende-se a constelação de atributos familiares considerados os pontos fortes do sistema familiar (Olson, 1982, in Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993). O estudo de Canavarro, Serra, Firmino e Ramalheira (1993) aponta para o facto de indivíduos que possuem melhores recursos familiares tenderem a ter melhor saúde mental. Diversos autores (Angell, 1936; Cavan, 1938; Koos, 1946; Otto, 1963, 1980; Stinnet & Saur, 1977, 1981) apontam como recursos familiares mais importantes, os seguintes: Orgulho Familiar, Apoio Familiar, Coesão, Adaptabilidade, Comunicação, Religiosidade e Apoio Social (Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993). Posteriormente, numa revisão de estudos sobre *stress* familiar, McCubbin, Joy e colaboradores (1980) identificam quatro grandes tipos de recursos – os recursos pessoais (componentes individuais de cada elemento), o apoio social (trocas interpessoais de suporte), o *coping* (competências/comportamentos produzidos no sentido de lidar com a crise) e recursos internos do sistema familiar (competências familiares de prevenção de acontecimentos indutores de *stress*) (in Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993).

Relativamente à percepção do acontecimento dito *stressante*, parecem-nos particularmente relevante retomar o *Princípio da Variabilidade das Realidades Subjectivas*<sup>4</sup>, enunciado por Watzlawick, em 1976, no sentido em que se pode até aplicá-lo à prática clínica (in Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993). De facto, não nos é possível devolver um filho morto ou desaparecido à sua mãe (os acontecimentos objectivos não são passíveis de ser alterados); sendo assim, modificar a forma como a pessoa percebe o acontecimento pode afigurar-se como um caminho plausível.

### 1.6 – A Crise: Ruptura e oportunidade

Todas as crises trazem consigo sofrimento e dor. A perda de alguém querido não foge à regra.

Por crise entende-se uma situação que, de tão nova ou exigente, desafia os modos de resposta habituais; levando a um estado de turbulência habitualmente acompanhado por medo, raiva e culpa (Moos & Schaefer,

<sup>4</sup> “Não temos nenhum vínculo à realidade intrínseca mas unicamente a imagens da realidade que se nos impõem como a representação evidente da realidade. Pensamos, normalmente, que a nossa imagem do mundo é a única possível mas há de facto uma infinidade de outras” (Watzlawick, 1976, p.137 cit. in Canavarro, Serra, Firmino, & Ramalheira, 1993, p.90).

1986).

É o que a família faz com esta dor/raiva que dita a natureza da experiência. Perante a crise, cada membro da família deve reavaliar-se a si mesmo e na sua relação com os outros (Manocchio & Pettitt, 1975). Apesar de normalmente temporária, a crise exige alguma resolução que tanto pode passar por uma adaptação saudável à situação promovendo, assim, o crescimento pessoal; ou por respostas mal-adaptativas que supõem dificuldades psicológicas (Moos & Schaefer, 1986). Por outro lado, a forma como cada indivíduo enfrenta uma crise dita, de alguma forma, a sua habilidade para lidar com desafios posteriores (Moos & Schaefer, 1986).

É neste sentido que o estudo do *coping* é absolutamente relevante. Muitas das investigações contemporâneas sobre este construto têm por base a publicação, em 1966, do livro *Psychological Stress and the Coping Process*, de Richard Lazarus (Folkman & Moskowitz, 2004; Bruchon-Schweitzer, 2002). Até aqui, muito do trabalho efectuado tinha por base a Psicologia do Ego e o conceito de *Defesa*<sup>5</sup> (Folkman & Moskowitz, 2004; Bruchon-Schweitzer, 2002), e o conceito de *adaptação* ligado à progressão das espécies<sup>6</sup> (Bruchon-Schweitzer, 2002).

No contexto da abordagem Transaccional, Lazarus e Folkman (1980;1984) definem o *coping* como sendo pensamentos e comportamentos que os indivíduos utilizam para lidar com as exigências internas e externas de situações percebidas como *stressantes*. Esta é uma definição comumente aceite na comunidade científica (Folkman & Moskowitz, 2004; Smith, 1993; Bruchon-Schweitzer, 2002) e que deixa implícito que, mais do que das características individuais ou situacionais, o *stress* e o *coping* dependem dos processos de acção recíproca entre sujeito e meio (sendo que o indivíduo pode modificar e ser modificado pela situação) (Bruchon-Schweitzer, 2002). O processo de *coping* é iniciado como resposta sempre que o indivíduo percebe que objectivos importantes para si estão a ser ameaçados, perdidos ou destruídos (Lazarus & Folkman, 1984, in Folkman & Moskowitz, 2004) e que não há muito que ele possa fazer acerca disso (Smith, 2003). Esta percepção é custosa para o indivíduo, daí uma das primeiras tarefas de *coping* a ser posta em prática seja a regulação da emotividade negativa. É importante que esta tarefa seja realizada com sucesso, pois esta emotividade negativa funciona como *stressor* e pode prejudicar a actuação das estratégias de *coping* mais instrumentais (Folkman & Moskowitz, 2004).

Podemos distinguir dois grandes tipos de *coping* (Smith, 1993; Folkman & Lazarus, 1980, in Folkman & Moskowitz, 2004; Bruchon-Schweitzer, 2002):

– *Problem-focused coping* (*coping* focado no problema): Envolve acções específicas, planeadas no sentido de modificar a situação percebida

<sup>5</sup> As Teorias Psicodinâmicas actuais colocam a ênfase no Ego enquanto estrutura da personalidade que, entre outras coisas, funciona ao nível do *coping* face ao *stress* (Smith, 1993). Anna Freud (1965) foi uma das primeiras teóricas psicodinâmicas a enfatizar a importância dos Mecanismos de Defesa neste sentido (in Smith, 1993).

<sup>6</sup> Segundo esta perspectiva, o *stress* e o *coping* são parte integrante dos processos de adaptação elaborados face às dificuldades da vida. O indivíduo dispõe de um repertório de respostas (inatas e adquiridas) que lhe permitem sobreviver perante ameaças vitais. Por exemplo, o ataque (*fight*) ou a fuga (*flight*), sempre que se confronta com um adversário ou uma situação perigosa (Bruchon-Schweitzer, 2002).

como *stressora*. Estas acções podem ser realizadas sobre o meio ou sobre o próprio. Como exemplo, temos o *coping* activo, confrontativo, planificação, auto-controlo e suporte social instrumental.

– *Emotion-focused coping* (*coping* focado nas emoções): Diz respeito à tentativa de reduzir o desconforto emocional associado ao evento *stressante* sem tentar activamente mudar a situação em si mesma. Podemos referir como exemplos destas estratégias o distanciamento, o evitamento e o desvio da atenção para actividades distractoras.

Saliente-se, no entanto, que as estratégias de *coping* podem inserir-se simultaneamente nas duas castegorias dependendo da sua função e do contexto – por exemplo, planificar acções de uma forma pormenorizada pode reduzir emoções ligadas ao *stress* (Smith, 1993).

Por outro lado, a eficácia de uma estratégia depende igualmente dos critérios escolhidos como prioritários (equilíbrio emocional, bem-estar, qualidade de vida, saúde física, etc.); por exemplo, uma estratégia que proteja o indivíduo da afectividade negativa pode simultaneamente prejudicar a sua saúde (Alcoolismo, Toxicodependência, etc) (Bruchon-Schweitzer, 2002). No entanto, a investigação indica que estratégias de *coping* activas tendem a ter melhores resultados que as passivas (Worden, 1996, in Worden, 2002).

A capacidade de flexibilizar o uso destas estratégias (em vez de uma aplicação rígida e invariável a todas as situações) é igualmente um bom indicador de ajuste emocional (Lester et al., 1994, in Folkman & Moskowitz, 2004).

Outros investigadores referem ainda o *meaning-focused coping* (*coping* focado no significado) relativo às estratégias cognitivas usadas para modificar o significado atribuído à situação, e o *social coping* (*coping* social) relacionado com a busca de apoio social (fundamental se pensarmos que o mundo externo não é apenas uma potencial fonte de *stress*, mas também um importante fornecedor de recursos de resistência para lhe fazer face) (Antonovski, 1979, in Smith, 1993; Folkman & Moskowitz, 2004).

Novas investigações têm trazido novos conceitos neste âmbito, nomeadamente o *coping* proactivo orientado para o futuro (*future-oriented proactive coping*), o modelo do processo dual de *coping*, a importância dos processos sociais no *coping* e a emoção positiva associada ao *coping* (Folkman & Moskowitz, 2004). O *coping* orientado para o futuro diz respeito à capacidade de antecipar eventos potenciadores de *stress* e de se preparar para eles. Passa, entre outras coisas, por criar uma “reserva” de recursos e implementar estratégias de *coping* antecipatórias/preliminares (Aspinwall, 2003, in Folkman & Moskowitz, 2004). O modelo do processo dual de *coping* tem que ver com o modelo de compreensão do luto de Stroebe e Schut (já apresentado anteriormente), em que se pressupõe que para chegar a um ajuste emocional face à perda, o enlutado deverá oscilar entre tarefas orientadas para a perda e para o restabelecimento (Folkman & Moskowitz, 2004). Relativamente à importância dos processos sociais no *coping*, salienta-se o impacto das estratégias de *coping* nas relações sociais (e vice-versa), a noção de *coping* pró-social e *coping* religioso (in Folkman & Moskowitz, 2004). Em relação a este último ponto, estudos apontam no sentido de uma forte associação entre a religiosidade/mecanismos de *coping* religioso e uma reacção positiva face ao luto (Carvalho, 2006). No entanto, outros autores apontam para falhas metodológicas da maioria dos estudos, o que pode levar a questionar alguns dos resultados (Becker, Xander, Blum, Lutterbach, Momm, Gysels, & Higginson, 2007). Em relação à emoção

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008

positiva associada ao *coping*, novos desenvolvimentos têm vindo a salientar a presença de emoções positivas no processo de *stress*, mesmo que a um nível muito elevado de ansiedade e depressão (Bonanno & Keltner, 1997; Folkman & Moskowitz, 2000, in Folkman & Moskowitz, 2004). Neste contexto, é interessante podermos perceber como as crises mais custosas acabam, muitas vezes, por se constituir como condições essenciais para o desenvolvimento psicológico. De facto, episódios de vida que impliquem *stress* podem enriquecer as crenças e valores pessoais no sentido em que forçam a assimilação de novas experiências (Moos & Schaefer, 1986). Este processo pode acabar por promover um crescimento pessoal, até porque exige o desenvolvimento de novas cognições e competências para uma adaptação efectiva à situação (Moos & Schaefer, 1986). No caso dos pais enlutados, vários autores têm vindo a mencionar a ideia de que, apesar de muito doloroso e difícil de superar, o processo de luto pode levar o enlutado a uma maturação interna enquanto ser humano muito significativa (Miles & Grandall, 1983). Segundo Koestenbaum (1977), o sofrimento leva ao *insight*; permite compreender o que significa realmente *ser* (in Miles & Grandall, 1983). Estudos realizados ao nível do auto-conceito mostram que alguns pais, após a perda de um filho, tendem a ver-se como mais sensíveis à dor dos outros, mais organizados e com prioridades mais claras, mais adeptos dos jovens, mais fortes e com um maior entendimento sobre a vida e a morte; no geral, pessoas melhores (respostas positivas) (Miles & Grandall, 1983).

Uma das motivações fundamentais para o estudo do *coping* é a crença de que numa determinada cultura algumas formas de *coping* são mais ou menos efectivas na promoção do bem-estar emocional, e que, conhecê-las poderá ser uma mais-valia para poder ajudar as pessoas a lidarem melhor com o *stress* nas suas vidas (Folkman & Moskowitz, 2004), decorrendo daí uma mais elevada qualidade de vida. Ainda assim, esta questão continua a constituir um grande desafio para os investigadores da área (Sommerfield & McCrae, 2000, in Folkman & Moskowitz, 2004).

## II – Objectivos

Ao longo da vida, todas as famílias experimentam mudanças em resultado do crescimento e desenvolvimento normal dos seus membros. São as chamadas crises normativas que, apesar de se constituírem como fonte de *stress* e potenciarem reajustamentos na dinâmica familiar, são esperáveis e previsíveis.

No entanto, crises inesperadas também podem surgir. As perdas e os lutos são disso um bom exemplo.

É partindo da premissa que a morte de um filho constitui um elemento gerador de tensão na família, que pretendemos compreender o impacto deste acontecimento específico na percepção da qualidade de vida e *stress* familiar, bem como no que diz respeito às estratégias preferenciais de *coping* postas em prática para fazer face a esta situação.

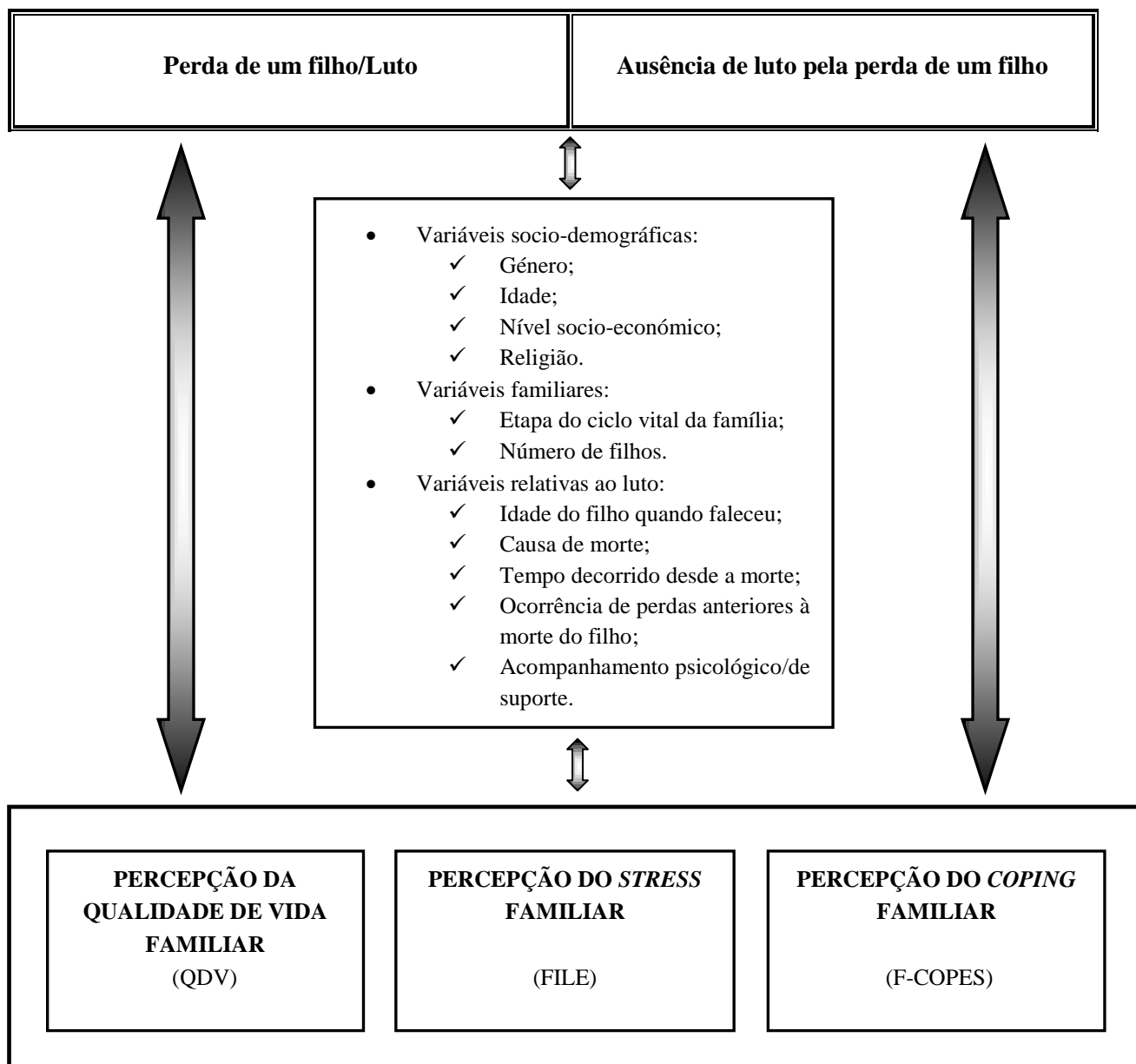
Num primeiro momento, a questão que se levanta prende-se com as eventuais diferenças que poderão encontrar-se relativamente a pais que nunca tenham passado por esta provação.

Posteriormente, será interessante tentar perceber quais são as variáveis sociodemográficas, familiares e relativas ao luto, que medeiam a relação entre os grupos em análise (pais que já tenham perdido um filho/pais da



amostra de comparação) e os resultados obtidos nas escalas.

Segue-se o modelo conceptual que esquematiza a nossa proposta e do qual partimos.



### III - Metodologia

O presente estudo está inserido num projecto de investigação mais vasto levado a cabo por um grupo de alunos do Mestrado Integrado em Psicologia (iniciado já no ano lectivo anterior), que visa estudar a percepção da qualidade de vida, do *stress* e do *coping* familiares, quer do ponto de vista do que se considera “norma”, quer em relação a populações às quais se colocam desafios específicos (como nesta dissertação).

### 3.1. Critérios e recolha da amostra

No que diz respeito à nossa amostra, a recolha dos dados decorreu desde Dezembro de 2007 até Maio de 2008, um pouco por todo o país (especialmente na zona Norte e Centro), maioritariamente através de amostra de conveniência. Ainda assim, foram também recolhidos alguns protocolos no grupo de apoio a pais enlutados desenvolvido pela Âncora – Coimbra.

Para integrar a amostra, os respondentes tinham de ser pais (pai ou mãe) a quem tenha falecido um filho, independentemente da idade ou do tempo decorrido desde a perda.

Os protocolos foram entregues aos respondentes, ordenados como previamente acordado<sup>7</sup> e com uma carta introdutória que explanava os objectivos gerais, bem como as questões de confidencialidade/anonimato das respostas veiculadas. Após consentimento informado, dúvidas esclarecidas e tecidos os agradecimentos pela colaboração, os sujeitos levavam os questionários para casa, devolvendo-os posteriormente já preenchidos (alguns por correio e outros em mão).

Note-se que as pessoas analfabetas ou com dificuldades de visão não foram excluídas da amostra, casos em que o investigador acompanhou a leitura e preenchimento dos questionários.

Por sua vez, para a constituição da amostra de comparação (de pais não enlutados), foram seleccionados dos duzentos e vinte e oito adultos recolhidos colectivamente, trinta sujeitos, pais, equivalentes com a amostra em estudo no que diz respeito às variáveis género e idade.

### 3.2. Caracterização da amostra

A amostra total utilizada neste estudo é constituída por sessenta sujeitos (trinta em cada sub-amostra), todos de nacionalidade portuguesa.

Na amostra de pais que perderam algum filho, existe uma clara predominância do género feminino (66.7%), sendo que a faixa etária preponderante vai desde os trinta e seis aos cinquenta e sete anos (66.7%). A média de idade é de 48.6 anos. Os sujeitos são, na sua maioria, casados (80%), católicos (87.7%) e possuem um nível socioeconómico baixo<sup>8</sup> (60%).

Relativamente às formas de família, 83.3% dos sujeitos estão inseridos numa família nuclear intacta, sendo que 40% se situam na fase do ciclo vital “família lançadora”.

No que diz respeito às questões do luto, específicas desta amostra, 56.7% dos sujeitos perderam filhos com idade inferior a dezoito anos, 30% com idades compreendidas entre os dezoito e os vinte e oito anos e 13.3% entre os vinte e nove e trinta e nove anos.

Em relação à causa de morte, a maioria dos filhos (46.7%) faleceu por acidente (rodoviário, de trabalho, doméstico, etc.), 26.7% por atropelamento e 16.6% por doença (súbita ou crónica). Na sua maioria, o tempo decorrido desde a perda vai de um a cinco anos (60%), sendo que 60% dos sujeitos considera encontrar-se nas tarefas finais do processo de luto (tarefa 3 e 4).

Relativamente à amostra de pais não enlutados, e tal como na anterior, 66.7% dos sujeitos são do sexo feminino, distribuídos maioritariamente pela faixa etária compreendida entre os trinta e seis e os quarenta e sete anos. A média de idade é de 48.1. Os sujeitos são na sua maioria casados (90%),

<sup>7</sup> Questionários sociodemográfico e de dados complementares, questionário relativo ao processo de luto, Qualidade de Vida, FILE e, finalmente, F-COPES.

<sup>8</sup> Para a definição dos níveis socio-económicos foi seguida a classificação de Mário Simões (1994).

católicos (90%) e possuem um nível socio-económico médio (70%).

Em relação às formas de família, 83.3% dos sujeitos estão inseridos numa família nuclear intacta, sendo que 53.3% se situam na fase do ciclo vital “família lançadora”.

Para uma análise mais pormenorizada da amostra total e sub-amostras, e com o intuito de facilitar a leitura dos dados, apresentamos de seguida uma tabela-síntese com a informação mais relevante.

**Tabela 1. Caracterização da amostra.**

Variáveis	Modalidades	Amostra de pais enlutados		Amostra de pais não enlutados		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
<b>Género</b>	Masculino	10	33.3%	10	33.3%	20	33.3%
	Feminino	20	66.7%	20	66.7%	40	66.7%
<b>Idade</b>	25-35 A	3	10.0%	0	0	3	10.0%
	36-46 A	14	46.7%	14	46.7%	28	46.7%
	47-57 A	6	20.0%	13	43.3%	19	26.6%
	58-68 A	4	13.3%	3	10.0%	7	11.6%
	69-79 A	1	3.3%	0	0	1	1.7%
	80-90 A	2	10.0%	0	0	2	3.4%
<b>Habilitações Literárias</b>	< 4º ano	6	20.0%	1	3.3%	7	11.7%
	4º ano	9	30.0%	6	20.0%	15	25.0%
	6º ano	2	6.7%	7	23.4%	9	15.0%
	9º ano	4	13.3%	5	16.6%	9	15.0%
	12º ano	5	16.7%	3	10.0%	8	13.3%
	Ensino Médio	0	0	1	3.4%	1	1.7%
	Ens. Superior	4	13.3%	7	23.3%	11	18.3%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	1	3.3%	0	0	1	1.7%
	Casado	24	80.0%	27	90.0%	51	85.0%
	União de Facto	1	3.3%	0	0	1	1.7%
	Divorciado	1	3.3%	3	10.0%	4	6.6%
	Viúvo	3	10.0%	0	0	3	5.0%
	Separado	0	0	0	0	0	0
<b>Área de Residência<sup>9</sup></b>	Predominantemente urbano	11	36.7%	10	33.3%	21	35.0%
	Medianamente urbano	5	16.7%	7	23.4%	12	20.0%
	Predominantemente Rural	14	46.7%	13	43.3%	27	45.0%
<b>Nível Socioeconómico</b>	Baixo	18	60.0%	7	23.3%	25	41.6%
	Médio	7	23.3%	21	70.0%	28	46.7%
	Elevado	5	16.7%	2	6.7%	7	11.7%
<b>Religião</b>	Sim, católica	26	87.7%	27	90.0%	53	88.3%
	Não	4	13.3%	3	10.0%	7	11.7%
<b>Forma de família</b>	Nuclear intacta	25	83.3%	25	83.3%	50	83.3%
	Pós-divórcio	1	3.3%	4	13.4%	5	8.3%
	Monoparental	4	13.3%	0	0	4	6.7%
	Reconstituída	0	0	1	3.3%	1	1.7%
<b>Etapa do ciclo vital da família</b>	Filhos pequenos	1	3.3%	0	0	1	1.7%
	Filhos em idade escolar	3	10.0%	3	10.0%	6	10.0%
	Filhos adolescentes	1	3.3%	4	13.3%	5	8.3%
	Família lançadora	12	40.0%	16	53.4%	28	46.7%
	Família na Reforma	1	3.3%	0	0	1	1.7%
	Ninho Vazio	6	20.0%	7	23.3%	13	21.6%
	Não se aplica <sup>10</sup>	6	20.0%	0	0	6	10.0%

<sup>9</sup> Para definição da área de residência foram utilizados os critérios do INE e da Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (1999).

<b>Número de filhos<sup>11</sup></b>	1	8	26.7%	8	26.7%	16	26.7%
	2	10	33.3%	19	63.3%	29	48.3%
	3	6	20.0%	2	6.7%	8	13.3%
	Mais de 3	6	20.0%	1	3.3%	7	11.7%
<b>Idade do filho quando faleceu</b>	0-5	9	30.0%				
	6-11	5	16.7%				
	12-17	3	10.0%	–	–	–	–
	18-28	9	30.0%				
	29-39	4	13.3%				
<b>Causa de morte</b>	Atropelamento	8	26.7%				
	Acidente de automóvel	6	20.0%				
	Outros acidentes (trabalho, desporto, doméstico, etc.)	8	26.7%				
	Doença prolongada/crónica	1	3.3%	–	–	–	–
	Doença súbita	4	13.3%				
	Nascimento prematuro/ complicações pós-parto	2	6.7%				
	Incógnita/Desconhecida	1	3.3%				
<b>Intervalo de tempo desde a morte</b>	Menos de 1 ano	2	6.7%				
	Entre 1 e 5 anos	18	60.0%				
	Entre 6 e 10 anos	3	10.0%	–	–	–	–
	Entre 11 e 20 anos	5	16.6%				
	Mais de 20 anos	2	6.7%				
<b>Acompanhamento psicológico/de suporte</b>	Sim	15	50%	26	89.7%	41	69.5%
	Não	15	50%	3	10.3%	18	30.5%
<b>Ocorrência de perdas anteriores à morte do filho</b>	Sim	28	93.3%				
	Não	2	6.7%	–	–	–	–
<b>Tarefa/fase do luto</b>	1ª Tarefa	3	10%				
	2ª Tarefa	9	30%	–	–	–	–
	3ª Tarefa	8	26.7%				
	4ª Tarefa	10	33.3%				

### 3.3. Instrumentos

O protocolo utilizado neste estudo foi constituído por seis questionários – uma ficha de dados sócio-demográficos; uma ficha de dados complementares (com tópicos essenciais para uma caracterização da amostra mais acurada); um questionário referente à perda/luto; o questionário Qualidade de Vida – formulário para pais (NUSIAF-Sistémica, adaptado em 2007 e validado em 2008); o Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida – FILE (Vaz Serra & cols, 1990; NUSIAF-sistémica, adaptado em 2007 e validado em 2008) e o Escala de Avaliação Pessoal orientada para a Crise em Família – F-COPES (Vaz Serra & cols, 1990; NUSIAF-sistémica, adaptado em 2007 e validado em 2008).

Os dois primeiros (ficha de dados sócio-demográficos e ficha de

<sup>10</sup> Tendo em conta que a etapa do ciclo vital da família se analisa à volta dos filhos, considerou-se o “não se aplica” quando o filho único falece, visto que não existe outra categoria que abarque esta situação (não se pode considerar nem família sem filhos, nem casal com filhos pequenos).

<sup>11</sup> Os números aqui apresentados contam com o filho falecido (portanto no caso de se apontar apenas um filho, este será o filho que faleceu, indicando que a família não possui de momento outro descendente).

dados complementares) visavam essencialmente a obtenção de informação relevante para a caracterização da amostra, bem como a identificação das variáveis que consideramos poderem revestir-se de significância no nosso modelo conceptual. Assim sendo, estes questionários integram uma série de dimensões consideradas fundamentais e relevantes para a natureza e amplitude do estudo global: os campos a preencher vão desde os dados pessoais (nacionalidade e local de residência); agregado familiar; religião, até à existência de doenças, acidentes recentes, etc.

Relativamente ao questionário acerca da perda, foi construído por nós com o intuito de caracterizar acuradamente o luto dos pais que já perderam um filho (no que diz respeito, por exemplo, ao tempo que já decorreu desde a perda, à relação mantida com o falecido, à tarefa do luto em que pensam encontrar-se, etc.) de forma a poder perceber, eventualmente, até que ponto algumas destas características da vivência destes sujeitos se reflectem nas suas respostas.

O questionário Qualidade de Vida (Olson & cols, 1985, adaptado por NUSIAF-sistémica, 2007) está disponível em duas versões, uma para pais e outra para adolescentes. A versão para pais (utilizada nesta investigação), é constituída por quarenta itens, dezanove dos quais são comuns à versão para adolescentes (que, por sua vez, possui apenas 25 itens). Ambos procuram captar o grau de satisfação com cada uma das dimensões de qualidade de vida que avaliam. Os quarenta itens da versão parental distribuem-se pelos seguintes factores: “casamento e vida familiar”, “amigos”, “saúde”, “casa”, “espaço”, “educação”, “tempo”, “religião”, “emprego”, “*mass media*”, “bem-estar económico/financeiro” e “vizinhança e comunidade”. As respostas à pergunta “Qual o seu nível de satisfação com?” são dadas numa escala de Likert: insatisfeito (1), pouco satisfeito (2), geralmente satisfeito (3), muito satisfeito (4), extremamente satisfeito (5) (in Olson & cols., 1985).

A tradução para português (seguindo as normas da OMS), e a adaptação da escala para Portugal foram realizadas por um grupo de alunos do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica (Sistémica, Saúde e Família) do ano lectivo anterior, 2006/2007, com uma amostra de duzentos e sessenta sujeitos, dos quais 34.2% pertencem ao sexo masculino e 65.8% ao sexo feminino. Foram efectuados os mesmos procedimentos estatísticos efectuados pelos autores e a consistência interna encontrada foi similar à da versão original, quer tomada na sua totalidade, quer no apuramento dos factores.

Por sua vez, a equipa de investigação do ano em curso (2007/2008) efectuou os exigidos estudos psicométricos com a escala para adultos, visando a sua validação para a população portuguesa, a partir de um N de 297, tendo sido obtida uma média de respostas de 125.49, um desvio-padrão de 20.08 e um *alfa* de Cronbach de 0,922. Através do método de rotação *Varimax* foram encontrados onze factores: “bem-estar financeiro”, “tempo”, “vizinhança e comunidade”, “casa”, “*mass media*”, “relações sociais e saúde”, “emprego”, “religião”, “família e conjugalidade”, “filhos” e “educação” (cf. Quadro 1).

Quadro 1. Nova estrutura factorial do Qualidade de Vida.

Factores	Ítems
Bem-estar Financeiro	20, 29, 30, 31, 33, 34
Tempo	16, 17, 18, 19
Vizinhança e Comunidade	35, 36, 37, 38, 39, 40
Casa	9, 10, 11, 12, 13
Mass Media	26, 27, 28
Relações Sociais e Saúde	5, 6, 7, 8
Emprego	23, 24
Religião	21, 22
Família e Conjugalidade	1, 2
Filhos	3, 4
Educação	14, 15

Por sua vez, o FILE - Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida, originalmente desenvolvido por McCubbin, Patterson e Wilson (1983), foi criado para avaliar o *stress* e as tensões na família, relativamente a acontecimentos/mudanças cumulativas, experienciadas quer no último ano, quer previamente. Na sua versão original, o inventário é constituído por setenta e um itens, distribuídos por nove factores: “tensões intra-familiares”, “tensões conjugais”, “tensões relativas à gravidez e maternidade”, “tensões relativas a questões financeiras”, “tensões-mudanças familiares devido ao trabalho”, “tensões relacionadas com cuidados de saúde”, “perdas”, “movimento de «Entradas e Saídas» na família” e “problemas legais”. Cada item é referente a um evento ou mudança, normativa ou não, que possa ter ocorrido na família do respondente. A pergunta é a mesma para todos os itens: “Aconteceu alguma mudança na sua família?”. Em 31 itens é perguntado se a mudança ocorreu durante e antes do ano passado (duas respostas). Estes são relativos a eventos que, por norma, requerem mais tempo de adaptação ou são situações crónicas que provocam *stress* prolongado. Os restantes reportam-se apenas ao ano passado (uma resposta). A escala de resposta é dicotómica – o “sim” cota com um ponto e o “não” cota com zero. Um resultado elevado corresponde a um nível de *stress* familiar avultado, o que indicia vulnerabilidade familiar (in Olson et al., 1985).

A versão utilizada neste estudo é a portuguesa, elaborada por Serra e colaboradores em 1990. A validação foi efectuada no presente ano (2008), com um N de 356 sujeitos, obtendo-se um *alpha* similar ao da escala original – 0.811 (para 68 itens). A média é de 8 e o desvio-padrão de 5.69. Note-se ainda que não serão usadas dimensões do FILE pois a estrutura factorial revelou-se demasiado fraca.

Finalmente, o F-COPES – Escala de Avaliação Pessoal orientada para a Crise em Família, originalmente concebida por McCubbin, Olson e Larsen, (1981), avalia variáveis relacionadas com as estratégias de *coping* das famílias, isto é, os comportamentos efectivos que a família põe em prática quando se lhe apresentam situações problemáticas. O instrumento avalia tanto as estratégias de *coping* familiar internas, relativas à utilização de recursos inerentes à família, e externas, relativas a recursos exteriores ao sistema familiar (sociais/comunitários). É constituído por trinta itens,

agrupados em três factores externos (“Adquirir suporte social”; “Procurar apoio espiritual” e “Mobilizar a família para adquirir e aceitar ajuda”) e dois internos (“Reenquadramento” e “Avaliação passiva”). As respostas à pergunta “Quando na nossa família nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma?” são dadas numa escala de Likert: “Discordo muito” (1); “Discordo moderadamente” (2); “Não concordo nem discordo” (3); “Concordo moderadamente” (4); “Concordo Muito” (5) (in Olson et al., 1985).

A versão portuguesa foi elaborada por Vaz Serra e colaboradores em 1990. A validação (ainda em curso aquando da redacção desta dissertação) foi realizada com 372 sujeitos, obtendo-se um  $\alpha$  próximo do da escala original – 0.846 (30 itens). A média é de 93.87 e o desvio padrão de 14.12. Relativamente às dimensões, iremos utilizar os factores da escala original pois a definição de factores/sub-escalas para a população portuguesa não foi concluída em tempo útil (cf. Quadro 2).

**Quadro 2. Estrutura factorial do F-COPES – versão original.**

<b>Factores</b>	<b>Itens</b>
<b>1 Suporte Social</b>	1, 2, 4, 5, 10, 16, 20, 25, 29
<b>2 Reenquadramento</b>	3, 7, 11, 13, 15, 19, 22, 24
<b>3 Suporte Espiritual</b>	14, 23, 27, 30
<b>4 Apoio Formal</b>	6, 8, 9, 20, 21
<b>5 Aceitação Passiva</b>	12, 17, 26, 28

Para os objectivos a que nos propomos neste estudo, optámos por utilizar, num primeiro momento, um método *between-subjects design*. O procedimento escolhido foi o teste *t de student* já que nos permite comparar as médias entre dois grupos de sujeitos na mesma variável. O teste foi aplicado quer a nível dos valores totais das escalas, quer relativamente aos factores que as constituem, sempre que tal foi possível.

De notar que nem todas as escalas e/ou factores cumpriam os pressupostos necessários para a utilização deste procedimento, nomeadamente, no que diz respeito à normalidade das distribuições (avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov). Ainda assim, mantivemos esta posição pois o teste *t* apenas exige que a amostra em análise tenha distribuição normal quando esta tem dimensão inferior ou igual a 30 (Pestana & Gageiro, 2005).

De qualquer forma, e no sentido de confirmar a exactidão dos dados obtidos, foram realizados os testes equivalentes não paramétricos (*U de Mann Whithney*) para as escalas e/ou factores que não cumpriam os pressupostos necessários, sendo que os resultados apontavam no mesmo sentido. Tendo isto em conta, e com o intuito de uniformizar os procedimentos e facilitar a leitura dos dados, todos os resultados foram apresentados utilizando os valores obtidos com o teste *t*.

Num segundo momento, e no sentido de se perceber qual a importância de eventuais variáveis mediadoras nos resultados obtidos, foram realizadas correlações através do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson. De notar que, mais uma vez, nem todas as escalas e/ou dimensões cumpriam os pressupostos que o teste exige, nomeadamente o da normalidade da distribuição. A literatura indica que este requisito deixa de

ter tanta importância quando o tamanho da amostra é igual ou maior que trinta (Levin, 1987; Pestana & Gageiro, 2003). Ainda assim, nestes casos, as correlações foram analisadas em paralelo com o *R de Pearson* e o *Ró de Spearman* (equivalente não paramétrico), sendo posteriormente calculada a diferença entre os dois valores, testando-se a significância das diferenças através da distribuição *Z de Fisher* (cujos resultados se constroem a partir das tabelas de Jacob Cohen, consultadas em Pestana & Gageiro, 2003, p.702-703). Daqui se concluiu que a diferença entre os valores não era significativa, pelo que se pôde prosseguir a análise da correlação usando o *R de Pearson*.

#### IV - Resultados

- **Qualidade de Vida – QDV:**

Relativamente à percepção da qualidade de vida familiar, tomada na sua generalidade, a amostra de pais que já perderam um filho difere significativamente da amostra de comparação ( $t_{(60)}=4.455$ ;  $p=0.000$ ), isto é, dos pais que nunca passaram por tal perda. Estes últimos tendem a perceber uma qualidade de vida total mais elevada do que os sujeitos da amostra de pais enlutados (cf. Quadro 3).

**Quadro 3. Comparação da média dos grupos relativamente ao QDV – Escala Total.**

QDV – Escala Total	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig. (2-tailed)
Pais enlutados	30	106	7.874	- 4.455	.000
Amostra de comparação	30	121.97	16.722		

No que diz respeito à análise das dimensões, verifica-se que as sub-amostras diferem significativamente nos factores “casa” ( $t_{(60)}= -4.038$ ;  $p=0.000$ ), “relações sociais e saúde” ( $t_{(60)}= -3.401$ ;  $p= 0.001$ ), “família e conjugalidade” ( $t_{(60)}= -3.232$ ;  $p= 0.002$ ), e “educação” ( $t_{(60)}= -3.484$ ;  $p= 0.001$ ). Em qualquer um dos domínios, a amostra de comparação apresenta médias mais elevadas, o que nos sugere que estes sujeitos percebem a sua qualidade de vida, a estes níveis, como mais favorável (cf. Quadro 4).

**Quadro 4. Comparação da média dos grupos relativamente às dimensões do QDV.**

QDV – Factores		N	Média	Desvio Padrão	t	Sig. (2-tailed)
Bem-estar financeiro	Pais enlutados	30	14.97	3.000	- .500	.619
	Amostra de comparação	30	15.43	4.141		
Tempo	Pais enlutados	30	10.60	2.313	- .314	.755
	Amostra de comparação	30	10.37	3.347		
Vizinhança e Comunidade	Pais enlutados	30	16.27	1.760	- 1.900	.062
	Amostra de comparação	30	17.57	3.308		
Casa	Pais enlutados	30	14.07	2.303	- 4.038	.000
	Amostra de comparação	30	16.80	2.905		
Mass Media	Pais enlutados	30	7.77	1.591	- .521	.605
	Amostra de comparação	30	7.97	1.377		



Relações Sociais e Saúde	Pais enlutados	30	11.57	1.357	- 3.401	.001
	Amostra de comparação	30	13.53	2.862		
Emprego	Pais enlutados	30	38.57	181.404	.967	.341
	Amostra de comparação	30	6.53	2.240		
Religião	Pais enlutados	30	69.27	239.633	1.440	.161
	Amostra de comparação	30	6.27	1.202		
Família e Conjugalidade	Pais enlutados	30	6.00	1.682	- 3.232	.002
	Amostra de comparação	30	7.40	1.673		
Filhos	Pais enlutados	30	37.90	181.537	.902	.374
	Amostra de comparação	30	8.00	1.509		
Educação	Pais enlutados	30	4.17	1.642	- 3.484	.001
	Amostra de comparação	30	5.77	1.906		

- **Inventário Familiar de Eventos e Mudanças de Vida – FILE:**

No que diz respeito aos resultados obtidos para o FILE, a análise dos dados mostra-nos que os grupos diferem significativamente no que diz respeito à percepção do *stress* familiar ( $t_{(60)}=5.032$ ;  $p=0.000$ ), sendo que a média da amostra dos pais que passaram pela morte de um filho é notoriamente superior, o que revela que estes pais percebem a sua vida familiar como mais afectada por mudanças e *stressores* (cf. Quadro 5).

**Quadro 5. Comparação da média dos grupos relativamente ao FILE – Escala Total.**

FILE – Escala Total	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig. (2-tailed)
Pais enlutados	30	14.30	5.396	5.032	.000
Amostra de comparação	30	7.10	5.683		

- **Escala de Avaliação Pessoal Orientadas Para a Crise Em Famílias – F-COPES:**

Os dados obtidos com a escala total do F-COPES revelam que os grupos não diferem significativamente relativamente às estratégias que adoptam para fazer face às situações problemáticas que se lhe apresentam ( $t_{(60)}=0.851$ ;  $p=0.398$ ) (cf. Quadro 6).

**Quadro 6. Comparação da média dos grupos relativamente ao F-COPES – Escala Total.**

F-COPES – Escala Total	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig. (2-tailed)
Pais enlutados	30	93.40	11.699	.851	.398
Amostra de comparação	30	90.67	13.137		

No que diz respeito às sub-escalas, os grupos apenas se distinguem significativamente na dimensão “reenquadramento” ( $t_{(60)}= -2.485$ ;  $p=0.016$ ), sendo que a média da amostra de comparação é superior, o que nos indica que, comparativamente com os pais que já perderam algum filho, estes outros tendem a adoptar com mais frequência este tipo de estratégia (cf.

Quadro 7).

Quadro 7. Comparação da média dos grupos relativamente ao F-COPES – Dimensões.

F-COPES – Factores		N	Média	Desvio Padrão	t	Sig. (2-tailed)
Suporte Social	Pais enlutados	30	30.00	5.206	1.879	.065
	Amostra de comparação	30	27.50	5.097		
Reenquadramento	Pais enlutados	30	<b>25.50</b>	3.432	- 2.485	<b>.016</b>
	Amostra de comparação	30	<b>28.13</b>	4.681		
Suporte Espiritual	Pais enlutados	30	13.17	4.465	1.130	.263
	Amostra de comparação	30	11.97	3.728		
Apoio Formal	Pais enlutados	30	14.90	3.144	1.677	.099
	Amostra de comparação	30	13.37	3.899		
Aceitação Passiva	Pais enlutados	30	11.30	2.818	0.374	.709
	Amostra de comparação	30	11.03	2.697		

Relativamente à análise das correlações entre as variáveis socio-demográficas, familiares e relativas ao luto, e os resultados nos três instrumentos de avaliação (variáveis dependentes), verificámos que são vários os valores significativos. Ainda assim, e antes de mais, convém salientar que a correlação não indica que os fenómenos estão indissolúvelmente ligados entre si, mas sim e apenas, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido e em sentido inverso (Murteira, 1993, in Pestana & Gageiro, 2003). A associação será negativa se a variação entre as variáveis for em sentido contrário, isto é, se os aumentos de uma variável estão associados, em média, a diminuições da outra; ou pode ser positiva, se a variação entre as variáveis for no mesmo sentido (Pestana & Gageiro, 2003).

Posto isto, na amostra de pais que já perderam filhos (cf. Quadro 8), e em relação ao QDV total, a única variável que parece mediar significativamente os resultados é a que diz respeito às tarefas do luto, sendo que a relação é positiva (à medida que as tarefas do luto evoluem para uma resolução, a qualidade de vida percebida tende a acompanhar esta tendência crescente).

Por sua vez, no FILE total, não se apresenta nenhuma variável com uma correlação estatisticamente significativa.

Finalmente, em relação ao F-COPES tomado enquanto escala total, destacam-se a idade dos pais e o número de filhos, sendo que a relação encontrada é positiva, o que sugere que o aumento da idade do sujeito e do número de filhos implica um aumento na utilização de estratégias de enfrentamento. Destaca-se ainda o nível socioeconómico como uma variável altamente significativa, sendo que se correlaciona de forma negativa com a totalidade da escala, isto é, um nível socioeconómico superior levará a uma menor utilização de estratégias de *coping* e vice-versa.

**Quadro 8. Correlações entre as variáveis mediadoras e as respostas dos sujeitos para as escalas totais – sub-amostra de pais que já perderam filhos.**

Escola Total	Variáveis que se correlacionam significativamente	Valores de Correlação	% de variabilidade explicada
QDV	Tarefas do luto	0.485*	24%
FILE	–	–	–
F-COPES	Idade do pai/mãe respondente	0.447*	20%
	Nível socioeconómico	- 0.582**	34%
	Número de filhos	0.448*	20%

\*\* Significância para  $p < 0.01$ .

\* Significância para  $p < 0.05$ .

Tendo em conta agora as dimensões de cada escala e a sua relação com as variáveis socio-demográficas, constatamos que, no QDV, a idade dos pais parece pesar positivamente nas sub-escalas “tempo” e “emprego”, isto é, quanto mais velhos os pais, mais tendência para um incremento de satisfação a estes níveis. O género, por sua vez, parece correlacionar-se com a dimensão “emprego”, sendo que (e tendo em conta a nossa codificação da variável), os homens parecem estar associados a uma percepção mais positiva desta dimensão. No que diz respeito ao nível socioeconómico, este correlaciona-se significativamente com os factores “bem-estar financeiro”, “família e conjugalidade” e “educação”. Relativamente ao “bem-estar financeiro” e à “educação”, esta relação é positiva, isto é, um nível socioeconómico mais elevado implica aumentos de satisfação nestas dimensões. Já relativamente à “família e conjugalidade”, a relação é inversa (um nível socioeconómico elevado implica diminuição da percepção da qualidade de vida nesta dimensão, e vice-versa).

Analisando agora as variáveis familiares, constatamos que o número de filhos parece influenciar positivamente as dimensões relativas à “família e conjugalidade” e aos “filhos”. A etapa do ciclo vital, por sua vez, apresenta uma correlação negativa com a dimensão “emprego”, isto é, existirá uma menor percepção da qualidade de vida nesta dimensão à medida que a família avança no decorrer do seu ciclo vital.

Relativamente às variáveis ligadas ao luto, a idade do filho aquando da perda parece relacionar-se, nesta amostra, com as dimensões “tempo”, “religião” e “família e conjugalidade”, sendo que nesta última a relação é negativa, ou seja, quanto mais velho era o filho aquando do falecimento, menor é a satisfação actual relativamente à “família e conjugalidade” e vice-versa. Por sua vez, o tempo decorrido desde a perda apresenta correlações positivas com as dimensões “família e conjugalidade” e “filhos”. Por último, o acompanhamento psicológico/de suporte relaciona-se positivamente com o factor ligado à “educação” e negativamente com a dimensão “religião”.

De notar que, as sub-escalas “vizinhança e comunidade”, “casa”, “*mass media*” e “relações sociais e saúde” não parecem correlacionar-se significativamente, nesta amostra, com nenhuma das variáveis socio-demográficas, familiares e relativas ao luto que estão aqui em consideração.

Analisando agora as dimensões da escala F-COPES, e relativamente às variáveis socio-demográficas, constatamos que a idade dos pais e a religião se correlacionam positivamente com a utilização de suporte espiritual. O nível socioeconómico, por sua vez, relaciona-se negativamente com todas as dimensões, com excepção do “reenquadramento”, com a qual

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress e Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

não se relaciona significativamente.

No que diz respeito às variáveis familiares, apenas o número de filhos se destaca, sendo que apresenta uma relação positiva com a dimensão relativa ao “reenquadramento”.

Finalmente, e no que se refere às variáveis ligadas ao luto, a idade do filho aquando da perda apresenta uma correlação significativa positiva com a procura de suporte espiritual. O tempo decorrido desde a perda relaciona-se de forma positiva com a capacidade de reenquadrar e com a busca de apoio formal (isto é, a mobilização familiar para procurar e aceitar ajuda). Finalmente, as tarefas do luto estão relacionadas igualmente com a dimensão relativa ao “reenquadramento”, isto é, quanto mais próximos das tarefas finais do luto, mais aumenta a tendência para utilizar este tipo de estratégia de *coping* (cf. Quadro 9).

**Quadro 9. Correlações entre as variáveis “mediadoras” e os resultados nos factores – sub-amostra de pais enlutados.**

Escala	Factores	Variáveis que se correlacionam significativamente	Valores de Correlação	% da variabilidade explicada
<b>QDV</b>	Bem-estar financeiro	Nível socioeconómico	0.409*	13%
	Tempo	Idade do pai/mãe respondente	0.674**	45%
		Idade do filho quando faleceu	0.582**	34%
	Vizinhança e Comunidade	–	–	–
	Casa	–	–	–
	<i>Mass media</i>	–	–	–
	Relações Sociais e Saúde	–	–	–
	Emprego	Género	- 0.402*	16%
		Idade do pai/mãe respondente	0.374*	14%
		Etapa do ciclo vital	- 0.399*	16%
	Religião	Idade do filho quando faleceu	0.477**	23%
		Acompanhamento psicológico/de suporte	- 0.408*	17%
	Família e Conjugalidade	Nível socioeconómico	- 0.420*	18%
		Número de filhos	0.513**	26%
		Tempo decorrido desde a perda	0.423*	18%
	Filhos	Tarefas do luto	0.555**	31%
		Número de filhos	0.430*	19%
	Educação	Tempo decorrido desde a perda	0.614**	38%
		Nível socioeconómico	0.385*	15%
	Educação	Acompanhamento psicológico/de suporte	0.392*	15%
Aquisição de suporte social		Nível socioeconómico	- 0.531**	28%
	Reenquadramento	Número de filhos	0.380*	14%
Tempo decorrido desde a perda		0.477**	23%	
<b>F-</b>	Suporte espiritual	Tarefas do luto	0.483**	23%
		Idade do pai/mãe respondente	0.492**	25%
	Nível socioeconómico	- 0.397*	16%	
	Religião	0.565**	32%	

<b>COPEs</b>	Idade do filho quando faleceu	0.465**	22%	
	Apoio Formal	Nível socioeconómico	- 0.383*	15%
		Tempo decorrido desde a perda	0.416*	17%
	Aceitação passiva	Nível socioeconómico	- 0.384*	15%

\*\* Significância para  $p < 0.01$ .

\* Significância para  $p < 0.05$ .

Tomando agora em consideração a amostra de pais que nunca perderam um filho, e relativamente à totalidade das escalas (cf. Quadro 10), verificamos que no QDV as variáveis que se destacam são o nível socioeconómico (com uma correlação positiva) e a etapa do ciclo vital (com um correlação negativa).

Para a escala FILE, constatamos duas correlações significativas negativas com as variáveis “idade do pai/mãe respondente” e “nível socioeconómico”, o que nos leva a concluir que, nesta amostra, quanto mais jovem o sujeito, ou com um nível socioeconómico mais baixo, maior a tendência para percepcionar um nível de *stress* familiar elevado.

Relativamente ao F-COPES, tomado na sua totalidade, não se verificam nenhuma correlações significativas com as variáveis consideradas no nosso modelo conceptual.

**Quadro 10. Correlações entre as variáveis mediadoras e as respostas dos sujeitos para as escalas totais – sub-amostra de comparação.**

Escala Total	Variáveis que se correlacionam significativamente	Valores da Correlação	% da variabilidade explicada
<b>QDV</b>	Nível socioeconómico	0.501**	25%
	Etapa do ciclo vital	- 0.436*	19%
<b>FILE</b>	Idade do pai/mãe respondente	- 0.455**	21%
	Nível socioeconómico	- 0.449*	20%
<b>F-COPES</b>	–	–	–

\*\* Significância para  $p < 0.01$ .

\* Significância para  $p < 0.05$ .

Por sua vez, no que diz respeito às dimensões de cada escala na sua relação com as variáveis socio-demográficas (cf. Quadro 11), constatámos que no QDV, o nível socioeconómico se correlaciona positivamente com as sub-escalas “bem-estar financeiro”, “casa” e “educação”, isto é, um nível socioeconómico mais elevado tende a fazer-se acompanhar por uma percepção da qualidade de vida mais positiva nestas dimensões.

Relativamente às variáveis familiares, constata-se que a etapa do ciclo vital apresenta uma correlação negativa com as dimensões “vizinhança e comunidade”, “*mass media*”, “relações sociais e saúde” e “filhos”, ou seja, à medida que a família percorre as várias fases do seu ciclo vital, a satisfação percepcionada nestes domínios tende a diminuir.

De notar que, as sub-escalas “tempo”, “emprego”, “religião” e “família e conjugalidade” não parecem correlacionar-se significativamente, nesta amostra, com nenhuma das variáveis socio-demográficas e familiares que estão aqui em consideração.

Analisando agora as dimensões da escala F-COPES, e relativamente às variáveis socio-demográficas, constata-se que o género se correlaciona positivamente com a busca de suporte social o que, tendo em conta a

codificação utilizada, indica que as mulheres desta amostra tendem a utilizar mais do que os homens este tipo de estratégia de *coping*. O nível socioeconómico, por sua vez, relaciona-se negativamente com a dimensão “apoio formal”, isto é, quanto mais baixo o nível socioeconómico, maior a tendência para uma mobilização efectiva para adquirir e aceitar ajuda e vice-versa. Finalmente, a religião apresenta uma correlação negativa com a sub-escala “aceitação passiva”, ou seja, os sujeitos que possuem uma crença religiosa tendem a utilizar menos este tipo de estratégia de enfrentamento.

De notar que, as sub-escalas “reenquadramento” e “suporte espiritual” não parecem correlacionar-se significativamente, nesta amostra, com nenhuma das variáveis socio-demográficas e familiares em análise.

**Quadro 11. Correlações entre as variáveis “mediadoras” e os resultados nos factores – sub-amostra de pais não enlutados.**

Escala	Factores	Variáveis que se correlacionam significativamente	Valores da Correlação	% da variabilidade explicada	
QDV	Bem-estar financeiro	Nível socioeconómico	0.504**	25%	
	Tempo	–	–	–	
	Vizinhança e Comunidade	Etapa do ciclo vital	- 0.548**	30%	
	Casa	Nível socioeconómico	0.440*	19%	
	Mass media	Etapa do ciclo vital	- 0.568**	32%	
	Relações Sociais e Saúde	Etapa do ciclo vital	- 0.374*	13%	
	Emprego	–	–	–	
	Religião	–	–	–	
	Família e Conjugalidade	–	–	–	
	Filhos	Etapa do ciclo vital	- 0.410*	17%	
	Educação		Nível socioeconómico	0.540**	29%
			Etapa do ciclo vital	- 0.449*	20%
F-COPES	Aquisição de suporte social	Género	0.437*	19%	
	Reenquadramento	–	–	–	
	Suporte espiritual	–	–	–	
	Apoio Formal	Nível socioeconómico	- 0.443*	20%	
	Aceitação passiva	Religião	- 0.376*	14%	

\*\* Significância para  $p < 0.01$ .

\* Significância para  $p < 0.05$ .

## V – Discussão

Antes de mais, e tendo em conta que estamos perante um estudo exploratório, gostaríamos de alertar para a necessidade de encarar estes dados com cautela, nomeadamente no que diz respeito à sua generalização. De facto, a nossa amostra é reduzida ( $N = 60$ ) e não é representativa da população. Ainda assim, os dados recolhidos fornecem resultados interessantes e que poderão servir, eventualmente, como linhas orientadoras para estudos posteriores.

Tendo isto em conta, e analisando os dados obtidos, podemos dizer que, na generalidade, os resultados vão de encontro ao esperado.

Relativamente à qualidade de vida (percepção como totalidade), e como já foi apresentado anteriormente, os pais que já perderam um filho tendem a perceber uma menor qualidade de vida familiar. De facto, a morte de um filho tem sido, unanimemente, considerada como uma das

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

perdas mais dolorosas (Paul, 1974; Osterweis et al., 1984; Leon, 1990; Lopes, 1996; Nussbaumer & Russell, 2003; Decinque, Monterosso, Dadd, Sidhu, & Lucas, 2004). A perda acarreta consigo impactos vários no funcionamento emocional e cognitivo da pessoa enlutada que implicam um processo de transição e adaptação (Ferreira-Alves & Silva, 2006). Após a morte de um filho, as crenças mais básicas acerca do mundo são postas em causa. Os pais tendem a perceber a realidade como mais perigosa e incontrollável (Weiss, 2001, in O’Leary, 2004). Assim sendo, e tendo em conta que o bem-estar pessoal significativo, a visão positiva e satisfação com a vida são indicadores de uma qualidade de vida elevada (Fayers & Machin, 2000), facilmente se compreende o contexto que reveste esta conclusão. Igualmente curiosa é a referência de alguns autores que salientam o facto de doentes terminais, idosos e indivíduos em luto conseguirem eventualmente integrar nas suas vidas as experiências de doente terminal, de velhice e de enlutamento, não como factores de destruição mas como factores de qualidade de vida e de novo projecto de vida (Gameiro, 1991), o que, com esta amostra e relativamente à percepção da qualidade de vida total, pareceu não pesar.

Recordando agora os dados obtidos nas várias dimensões que compõem a escala, os grupos apresentam igualmente diferenças significativas, nomeadamente nas sub-escalas “casa”, “relações sociais e saúde”, “família e conjugalidade” e “educação”, sendo que a média do grupo de pais que perderam filhos é sempre inferior à dos restantes.

Reflectindo sobre estas diferenças, e relativamente à dimensão ligada à “casa”, a análise dos itens que compõem a sub-escala parece-nos ser importante para compreender esta questão. De facto, esta dimensão remete, entre outras coisas, para as condições físicas da habitação. Assim sendo, e tendo em conta que a nossa amostra de pais enlutados apresenta maioritariamente níveis socioeconómicos mais baixos em comparação com a sub-amostra de pais não enlutados, esta poderá ser uma hipótese explicativa para a ocorrência destas diferenças. De facto, um nível socioeconómico mais baixo associado a um nível de habilitações literárias que ronda o quarto ano de escolaridade ou menos, implica habitualmente o desempenho de profissões menos bem remuneradas, até socialmente menos valorizadas, o que poderá eventualmente fazer com que estas famílias possuam menos conforto de um ponto de vista material, o que poderá afectar a percepção que têm da sua qualidade de vida a este nível. Esta questão das habilitações literárias pode contextualizar igualmente as diferenças sentidas no que diz respeito à dimensão “educação”, isto é, no que diz respeito à satisfação com o nível de estudos que se possui e com os programas educativos de que se dispõe para melhorar o seu estilo de vida individual e familiar. Por sua vez, e no que diz respeito à dimensão “família e conjugalidade”, apesar de cerca de 80% dos nossos pais enlutados continuarem casados, mantendo uma família nuclear intacta, vários são os estudos que revelam a existência de dificuldades conjugais após a morte de um filho, nomeadamente em relação à probabilidade de divórcio (Schiff, 1977, in Worden, 2002; Wright & Nagy, 1993; Worden, 2002; Schwab, 1998). Note-se que, no entanto, Klass (1986) salienta a relação que o casal mantinha antes da perda como uma variável a ter em conta a este nível (in Worden, 2002); enquanto outros autores (Rando, 1986; Lang & Gottlieb, 1993) afirmam existir uma falta de evidências empíricas para tais interpretações (in Schwab, 1998). Por outro lado, parece-nos provável que, se existirem, estas dificuldades de relação, se repercutam não só no casal, mas também na família em geral, nomeadamente em outros

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008

filhos que existam e com as famílias de origem. De facto, o efeito paradoxal da morte leva a que, simultaneamente, se criem laços profundos e sensações de estranheza nas relações (Klass, 1986, in Worden, 2002), que implicarão toda uma nova definição do sentido da vida (o já citado “*search of meaning*”) (Miles & Crandall, 1983), até em relação à percepção da família enquanto tal. O luto pela identidade familiar perdida passa muito por cada membro da família ser capaz de se reavaliar a si mesmo e na sua relação com os outros (Manocchio & Pettitt, 1975). A forma como este processo for conduzido ditará com certeza a vivência da família, nomeadamente na percepção que faz de si mesma. Finalmente, e no que diz respeito à sub-escala “relações sociais e saúde”, pode-se constatar que são vários os estudos que atestam que o *stress* psicológico vivenciado após a morte de um filho pode afectar a saúde de várias formas (Wright & Nagy, 1993; Lichtenstein, Gatz, & Berg, 1998, in Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003), o que poderá aclarar as diferenças verificadas a este nível relativamente à amostra de pais não enlutados. Por outro lado, e focando agora a questão das relações sociais, parece-nos importante retomar a noção de crise. De facto, qualquer crise, mesmo que temporária, exige alguma resolução (Moos & Schaefer, 1986). Perante qualquer crise, as famílias tendem a voltar-se para si mesmas no sentido de recrutarem e organizarem os seus recursos para lidarem com a situação que se lhe apresenta. São os denominados movimentos centrípetos (Combrick-Graham, 1985, in Sousa, Mendes, & Relvas, 2007). Por outro lado, a “culpa cultural” ligada às expectativas sociais de protecção dos filhos (Miles & Demi, 1991, in Worden, 2002) que, tendencialmente, se coloca a estes pais faz com que, muitas vezes, estes se distanciem do meio circundante e rompam com as relações sociais. De notar que este fenómeno tenderá a ser mais frequente quanto menos o meio que rodeia a família validar a sua dor. De facto, a validação da dor da perda é uma componente fundamental para que um sistema de suporte funcione efectivamente (Detmer & Lamberti, 1991, Klass, 1999, in O’Leary, 2004). Convém ainda salientar que, depois da fase crítica de crise (se assim se pode dizer) começar a resolver-se de forma adequada, espera-se que progressivamente estas famílias se comecem a voltar novamente para o exterior (o que, no caso da nossa amostra, já é esperável). O que pode estar então, eventualmente e na nossa perspectiva, a enquadrar estas diferenças, é o facto de estes pais enlutados estarem ainda a efectuar este movimento de reconciliação com a dinâmica social que os envolve, reestruturando novamente uma rede social que foi temporariamente desactivada.

Por outro lado, parece-nos interessante reflectir igualmente sobre as dimensões em que os dois grupos não se diferenciam significativamente. Por exemplo, e no seguimento do que foi dito anteriormente, é interessante perceber que os grupos não diferem de uma forma estatisticamente significativa na dimensão “vizinhança e comunidade”, apesar do nível de significância se revelar muito próximo do ponto discriminante ( $p=0.062$ ), o que nos remete novamente para esta questão fundamental ligada à vivência social e comunitária após a perda. Por outro lado, e apesar das especificidades já evidenciadas de cada amostra ao nível das habilitações literárias e do nível socioeconómico, é curioso perceber que os grupos não se diferenciam nas dimensões “bem-estar financeiro” e “emprego”, o que poderia eventualmente estar relacionado com estas variáveis (possibilidade que iremos abordar em seguida na análise relativa às correlações encontradas). Outras das sub-escalas na qual os pais enlutados e não enlutados não se distinguem de forma significativa são as que dizem respeito

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008



ao “tempo”, “*mass media*”, “religião” e “filhos”. E se, nas primeiras dimensões citadas, esta semelhança poderá ter que ver com a compatibilidade de idades e géneros dos sujeitos respondentes, bem como com a crença religiosa (em ambos os grupos 80 a 90% dos respondentes são católicos), já no que diz respeito aos “filhos” estas semelhanças são bastante curiosas e dão-nos, de alguma forma, pistas sobre a forma como os pais enlutados encaram os seus filhos “sobreviventes” e/ou subseqüentes à perda.

No que diz respeito ao *stress* percebido, como vimos, os pais que perderam um filho percebem a sua vida familiar como mais *stressante*, nomeadamente em relação a eventos e mudanças de vida. De facto, a perda de um ente querido implica toda uma série de adaptações ao nível dos papéis, das funções e dos padrões transaccionais na família, que acarretam consequentemente mudanças e ajustes aos mais variados níveis. Não obstante, só por si, a morte de um filho tem sido considerada mais *stressante* do que a de um cônjuge ou de outro familiar (Osterweis et al., 1984, Dyrgroven, 1990, in Goodenough, Drew, Higgins, & Trethewie, 2004; Knapp, 1986, in Rini & Loriz, 2007). As mudanças, quer por construção ou desconstrução dos laços familiares, são sempre sentidas como fontes de *stress* (Bruchon-Schweitzer, 2002). As que decorrem de uma crise acidental, não expectável e até *contra-natura* (como é aqui o caso), tendem a assumir um carácter mais dramático (Alarcão, 2006). Por outro lado, vários estudos evidenciam que um evento de impacto significativo traz consigo impactos menores que funcionam igualmente como *stressores* (Smith, 1993). Assim sendo, uma mudança desta envergadura no seio de uma família provocará sempre ressonâncias a outros níveis, nomeadamente na saúde e no casamento (como o têm vindo a demonstrar numerosos estudos – Wright & Nagy, 1993; Lichtenstein, Gatz, & Berg, 1998, in Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003; Worden, 2002), o que ajudará igualmente a contextualizar estas diferenças. Curiosamente, e se tivermos em conta a repartição da nossa amostra pelas fases/tarefas do luto, facilmente nos damos conta que 60% dos pais se inserem nas duas últimas tarefas, que pressupõem justamente um reencontro da relação com os próprios e uma readaptação ao contexto familiar e social sem o filho falecido, daí poderem perceber tantas mudanças em si e à sua volta.

Por outro lado, é interessante podermos perceber que vários trabalhos atestam os custos do *stress* na saúde, na produtividade e no bem-estar (Smith, 1993), sendo que estes aspectos, ao estarem ligados também à qualidade de vida, poderão levantar a hipótese do *stress* sentido por estes pais afectar igualmente a sua percepção da qualidade de vida familiar.

Finalmente, e no que diz respeito ao *coping* (tomado na sua totalidade), os dois grupos de pais não se diferenciam significativamente, o que nos indica que, perante situações adversas, todos parecem utilizar estratégias de enfrentamento semelhantes. Serão estas semelhanças devidas a toda uma aprendizagem cultural ligada à parentalidade? Ou ao que é ser “família” em Portugal? Ou dever-se-á apenas ao facto das amostras serem equivalentes em género e idade? A este nível, Parkes aponta a idade dos pais aquando da perda como um factor importante a ter em conta na análise das estratégias de enfrentamento - pais mais velhos apresentariam estratégias de *coping* menos adequadas do que os pais mais jovens (Parkes, 1998). No entanto, vários outros estudos não corroboram estas conclusões (Li, Precht, Mortenson, & Olson, 2003). Analisaremos estas relações nas nossas sub-

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

-amostras, mais à frente, quando se focarem as correlações encontradas entre as variáveis socio-demográficas, familiares e relativas ao luto na utilização preferencial das estratégias de enfrentamento.

No entanto, e da análise relativa às sub-escalas, salienta-se uma diferenciação significativa ao nível do “reenquadramento”, sendo que a amostra de pais enlutados tende a usar menos este tipo de estratégia para lidar com os problemas que lhes surgem. Para uma contextualização adequada desta diferença constatada, parece-nos importante consultar os itens que constituem esta sub-escala. De facto, as afirmações relativas à capacidade de reenquadrar e ao uso que dela se pode fazer, têm muito que ver com uma percepção otimista dos recursos pessoais e familiares, a mobilização activa no sentido da resolução, bem como com a capacidade de se aceitar as situações problemáticas como partes integrantes da vida. Na nossa óptica, e tendo em conta que a perda de um filho implica toda uma descrença na justiça da vida e do mundo, toda uma culpabilização por não se ter sido capaz de proteger e de evitar o desfecho trágico que é a morte (Miles & Crandall, 1983; Weiss, 2001, in O’Leary, 2004; Miles & Demi, 1991, in Worden, 2002), parece-nos que estes pais poderão eventualmente sentir mais dificuldades em fazer valer este tipo de estratégia de resolução de problemas, o que levará a que as utilizem menos. Até porque, a própria ideia de reenquadrar implica o ser capaz de criar uma leitura alternativa ao problema, uma “nova moldura” à situação que se lhes coloca. Ora, se estes pais não tiverem sido capazes de encontrar significados alternativos para a perda e para a sua vida, parece-nos ser natural e esperável que não consigam igualmente pôr em prática este mecanismo, generalizando-o aos outros desafios que se lhe apresentam.

Nas restantes dimensões (“aceitação passiva”, “suporte espiritual”, “apoio formal” e “suporte social”) não se verificam diferenças estatisticamente significativas, o que até seria esperável, pelo menos nestas duas últimas dimensões, se tivermos em conta tudo o que foi sendo reflectido até aqui sobre a relação dos pais enlutados com o meio envolvente.

Curioso é perceber que, apesar das diferenças nestas dimensões (e na totalidade da escala) não serem efectivas de um ponto de vista estatístico, se se analisarem as médias, damos-nos conta que a amostra de pais enlutados tem resultados superiores do que os pais da amostra de comparação (com excepção do “suporte espiritual” e do “reenquadramento”, já citado). Isto leva-nos a questionar – será que esta tendência tem que ver com a existência de um maior número de problemas (eventualmente ligados a *stressores* secundários) nas famílias da amostra de pais enlutados? Ou haverá outra variável que medeia e contextualize estes dados?

É no sentido de tentar esclarecer algumas destas questões, que aparentemente poderão parecer pouco claras, que iremos agora reflectir acerca das correlações testadas no nosso modelo conceptual.

Primeiramente, e em relação à percepção total da qualidade de vida familiar na amostra de pais enlutados, a única variável que pesou significativamente foi a fase/tarefa do luto em que o pai/mãe se encontra. Sendo que o valor da correlação foi positiva, a percepção da qualidade de vida familiar tenderá a aumentar, à medida que os sujeitos vão percorrendo as várias fases/tarefas do luto em direcção a um desfecho e vice-versa. Esta correlação está de acordo com a literatura e com o temos vindo a apresentar até aqui, permitindo-nos constatar como, de facto, na nossa amostra, o

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

impacto que a perda de um filho e a vivência inicial de dor, sofrimento, angústia que lhe é subsequente se reflecte no modo como a qualidade de vida familiar é encarada, em detrimento das outras variáveis testadas. Por outro lado, leva-nos igualmente a perceber como é importante este movimento temporal de recuperação e readaptação para a que estas famílias encontrem novas formas de estar e ser que lhes permitam novamente encontrar um equilíbrio satisfatório consigo e com o seu estilo de vida. Aliás, na perspectiva de Worden, a finalização efectiva e saudável do processo de luto implica que a pessoa e/ou família enlutada complete todas as tarefas. Esta questão pode reportar-nos também para as questões do luto patológico e do bloqueio numa das fases/tarefas de luto, o que, ao pressupor uma interrupção a este nível e, perante o que foi constatado com a nossa amostra, poderá eventualmente ter consequências negativas na percepção da qualidade de vida familiar. Fica aqui a interrogação.

Tomando agora em consideração a amostra de pais que nunca perderam um filho, e relativamente à totalidade da escala, verificamos que as variáveis que se destacam são o nível socioeconómico (com uma correlação altamente significativa e positiva) e a etapa do ciclo vital (com um correlação negativa). Isto é, estes pais tendem a perceber uma qualidade de vida familiar mais elevada quando possuem um nível socioeconómico também ele elevado. De facto, e na sociedade economicista/materialista em que nos inserimos, facilmente compreendemos como os factores económicos e ligados à posição social podem trazer facilidades e bem-estar percebido. Por outro lado, e à medida que as estas famílias vão atravessando as várias etapas do seu ciclo vital, tendem a perceber uma menor qualidade de vida familiar. É sabido que as etapas do ciclo vital da família pressupõem movimentos de autonomização e separação que, progressivamente, se vão tornando cada vez mais vinculados e efectivos. A saída dos filhos de casa, por exemplo, numa sociedade particularmente centrada na prole, como é a nossa, implica que os pais tenham alguma dificuldade em se adaptar a essas mudanças, desenvolvendo sentimentos de vazio, abandono e estranheza (Relvas, 1996), daí que nos parece fazer todo o sentido que este processo possa pesar na satisfação com a vida familiar destes sujeitos.

Relativamente às dimensões da escala, foram várias as correlações significativas encontradas. Por exemplo, no que diz respeito à dimensão “bem-estar financeiro”, o nível socioeconómico parece ser uma variável a ter em conta na explicação da variabilidade encontrada nesta sub-escala, sendo que um elevado nível socioeconómico tende a ser acompanhado por uma satisfação elevada nesta dimensão, tanto na amostra de pais enlutados, como na de comparação. Note-se que esta relação é, de alguma forma, clara e expectável no sentido em que, à partida, um nível socioeconómico elevado potencia geralmente uma maior estabilidade financeira.

A sub-escala “tempo”, por sua vez, e relativamente à amostra de pais enlutados, parece estar relacionada com as variáveis relativas à idade do sujeito respondente e do filho aquando do falecimento, sendo que, com ambas a relação é positiva. Um aumento numa das variáveis tende a implicar um aumento nos resultados desta dimensão. Esta relação poderá ter que ver com o facto de a idade implicar uma série de mecanismos familiares (e até sociais) que alteram a vivência dos sujeitos a este nível. De facto, à medida que vão envelhecendo, os sujeitos vão delegando algumas das tarefas que outrora eram da sua exclusiva responsabilidade às gerações seguintes, sendo que este movimento lhes permite uma maior liberdade para se dedicarem a si próprios e aos outros de uma forma mais desprendida – “*o que se queria*

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

*saber, quando se era jovem, sabe-se, realmente na idade madura*” (Schopenhauer, 1989, cit. in Simões, 2006). Por outro lado, a relação da idade do filho aquando do falecimento está interligada com esta explanação, pois quanto mais idade tiver o filho aquando do falecimento, mais idade terá o seu progenitor; daí que estas duas variáveis se coadunem na sua relação com a sub-escala em questão. Relativamente à sub-amostra de pais não enlutados, não se encontram correlações significativas com as variáveis testadas.

Relativamente à dimensão “vizinhança e comunidade”, a amostra de pais enlutados não apresenta correlações significativas. Este facto não deixa de ser curioso tendo em conta o que já foi sendo discutido acerca da habitual reaproximação ao meio social à medida que o luto vai sendo resolvido. Poderia eventualmente esperar-se que a variável ligada ao tempo decorrido desde a perda ou às fases/tarefas do luto pudesse ter influência na variabilidade desta sub-escala. Já na amostra de pais não enlutados, a etapa do ciclo vital da família apresenta uma relação altamente significativa e negativa com esta sub-escala. Assim sendo, à medida que estas famílias vão evoluindo pelas várias fases do ciclo vital da família, a satisfação com esta dimensão vai esmorecendo. Novamente aqui podemos socorrer-nos das implicações que a evolução familiar, e até mesmo o envelhecimento, implicam – podem ser momentos de libertação e renovação, mas são também, e muito, momentos de centração em si e de perda aos mais variados níveis (filhos, posição social activa, prestígio, amigos, etc.) (Fonseca, 2006). Contrariamente, famílias que se situem em fases do seu ciclo vital mais iniciais tendem a estar em contacto mais activo com o meio circundante e com as instituições. Por um lado, acabaram de se autonomizar eles próprios em relação à família de origem, eventualmente tendo ingressado no mundo profissional recentemente; e depois, no que diz respeito a filhos pequenos, possuem funções muito específicas ao nível da socialização por exemplo, o que implica uma maior abertura ao exterior (Alarcão, 2006), daí que a satisfação a este nível possa ser maior.

Nas dimensões “casa”, “*mass media*” e “relações sociais e saúde”, os pais que já perderam algum filho voltam a não apresentar nenhuma variável socio-demográfica, familiar ou relativa ao luto que se relacione estatística e significativamente com a variabilidade a este níveis. É interessante perceber que, nesta amostra, as variáveis do luto não se correlacionam com a dimensão ligada à saúde e ao contacto social, o que seria expectável, tendo em conta a literatura e as diferenças significativas verificadas nas comparações entre grupos. O nível socioeconómico, por sua vez, também não se correlaciona significativamente com a dimensão “casa” nesta sub-amostra, como tínhamos hipotetizado na análise comparativa entre os grupos, realizada anteriormente. Já nos pais não enlutados, por sua vez, esta variável apresenta uma correlação significativa positiva com a dimensão em questão (“casa”), o que sugere que estarão tanto mais satisfeitos a este nível, quanto mais elevado for o seu estatuto socioeconómico. Relativamente às dimensões “*mass media*” e “relações sociais e saúde”, é a etapa do ciclo vital que se destaca com correlações negativas em ambas as sub-escalas, ou seja, quanto mais tardia for a fase do ciclo vital em que se encontra a família, menor será a satisfação a estes níveis e vice-versa, o que se preenderá com os aspectos que já têm vindo a ser debatidos relativamente a esta variável.

Em relação à dimensão “emprego”, e no que toca à sub-amostra de pais enlutados, uma das variáveis que se reveste de importância é o género, sendo que (e tendo em conta a nossa codificação da variável), os homens

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

parecem estar associados a uma percepção mais positiva desta dimensão. Esta situação pode ser contextualizada tendo em conta que a evolução do papel social da mulher só se começou a fazer sentir de há uns anos para cá e, tendo em conta que estamos perante uma amostra de mães de meia-idade, com habilitações literárias reduzidas, existe alguma probabilidade de que estas possuam empregos pouco desafiantes, mantendo-se ainda muito ligadas aos papéis domésticos. Por outro lado, as mulheres que desejam romper as barreiras dos papéis domésticos são forçadas a se conformarem com um modelo corporativo tendencialmente pensado para homens, sendo que implica um grande esforço no sentido do estabelecimento de um equilíbrio entre os projectos profissionais e o desejo de continuar a dedicar tempo de qualidade à família e ao lar (Carter & McGoldrick, 1989, Chopra, 2005, in Bezerra, 2008), o que poderá levar a uma menor satisfação nesta dimensão. A idade dos pais parece pesar igualmente, e de forma positiva, na sub-escala em questão. Isto é, quanto mais velhos os pais, mais tendência para um incremento de satisfação em relação à vida profissional e ao emprego. De facto, é relatado diariamente nos *media* a precariedade do emprego jovem e as dificuldades que os recém licenciados encontram para se afirmarem no mundo profissional. Ora, tendo isto em conta, um sujeito com mais idade, à partida, terá uma maior segurança a nível profissional, o que implicará que se sinta mais satisfeito nesta dimensão, quando comparado com alguém mais jovem. No entanto, pensando na idade a longo prazo, isto é, relativamente a um envelhecimento efectivo, tem-se vindo a alertar para que esta tendência possa inverter-se, até por influência do próprio meio que começa a exigir requalificação e reconversão profissional, o que poderá levar a uma sensação de declínio ao nível das competências profissionais (Relvas, 1996). Não obstante, só o facto de ter uma ocupação poderá constituir-se, por si só, como um factor de satisfação a este nível, até para um sujeito que já esteja avançado na idade. A etapa do ciclo vital, por sua vez, apresenta uma correlação negativa com a dimensão “emprego”, isto é, existirá uma menor percepção da qualidade de vida nesta dimensão à medida que a família avança no decorrer do seu ciclo vital. Esta questão poderá parecer aparentemente contraditória com a correlação constatada anteriormente, segundo a qual os sujeitos com mais idade tendem a perceber uma maior qualidade de vida relativamente à dimensão “emprego”. No entanto, não tem de o ser necessariamente. A satisfação com o emprego poderá estar relacionada com a dependência desse emprego para cuidar da família e dos filhos; à medida que os filhos vão saindo de casa e ganhando a sua autonomia, o emprego poderá eventualmente deixar de ser percebido como tão necessário, daí a diminuição da satisfação a esse nível. Nesta dimensão, a sub-amostra de pais não enlutados não apresenta correlações estatisticamente significativas com as variáveis em teste.

Na sub-escala “religião”, por sua vez, a amostra de pais enlutados apresenta correlações estatisticamente significativas com a idade do filho aquando do falecimento e com a existência de acompanhamento psicológico/de suporte. No primeiro caso, a relação é positiva e altamente significativa, isto é, à medida que a idade do filho aquando do falecimento aumenta, tende a aumentar igualmente o nível de qualidade de vida percebida ao nível da religião e vice-versa. Na nossa óptica, esta questão pode ser analisada tendo em conta que, geralmente, quanto mais jovem é o filho falecido, mais existe a tendência de se sentir a perda como violadora da ordem das coisas, indo contra tudo o que é esperável, daí poder surgir um maior questionamento da “justiça” de Deus, o que levaria a uma insatisfação

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

no que diz respeito à vivência da religião. Por outro lado, quanto mais idade tiver o filho aquando do falecimento, mais idade terá o seu progenitor e mais tardia será a fase do ciclo vital familiar em que se encontram. Tendo isto em conta, estudos apontam para o facto de a crença religiosa (bem como a sua utilização como estratégia de suporte) ir aumentando gradualmente, ao longo do ciclo vital, culminando na última etapa (Negreiros, 2003; Vilaça, 2007). William James (cit. in Vilaça, 2007) chega mesmo a referir-se à velhice como a idade religiosa. Vários autores apontam, ainda, para um aumento significativo da espiritualidade ao longo da vida (Barros-Oliveira, 2006, in Vilaça, 2007). Por sua vez, a existência de acompanhamento psicológico/de suporte, apresenta uma relação negativa, isto é, quando existe apoio psicoterapêutico, a satisfação na dimensão “religião” tende a ser menor, e vice-versa. Ora esta questão remete-nos para a clássica discussão relativa à compatibilidade e/ou incompatibilidade das ciências psicológicas relativamente às crenças espirituais. Partindo do senso comum, poderíamos socorrer-nos da crença segundo a qual as pessoas religiosas, ao possuírem fé, poderem apoiar-se mais nos seus cultos do que no acompanhamento psicoterapêutico para aliviarem as suas dores. No entanto e note-se que, na nossa amostra, quase 90% dos respondentes afirmam possuir crenças religiosas sendo que, ainda assim, 50% deles procuraram ajuda psicológica/de suporte no pós-perda. Será esta procura fruto de uma desilusão face aos ritos religiosos como estratégia para aliviar o sofrimento? Será esta relação inversa resultado de uma incompatibilidade sentida pelos sujeitos entre a crença na mudança por auto-conhecimento e reflexão humana vs. intervenção divina? Ficam estas questões como desafios para investigações futuras. Relativamente à amostra de pais que nunca perderam filhos, novamente, não se destacam correlações estatisticamente significativas nesta dimensão.

A dimensão “família e conjugalidade”, por sua vez, e tendo em conta a amostra de pais enlutados, apresenta correlações significativas com as variáveis ligadas ao número de filhos, ao tempo decorrido desde a perda e às tarefas do luto. No primeiro caso, constata-se que o número de filhos parece influenciar positivamente a dimensão em questão, isto é, na amostra de pais enlutados, quantos mais filhos, maior a percepção da qualidade de vida a estes níveis e vice-versa. Tendo em conta o passado de perda que estes pais vivenciaram, parece-nos fazer todo o sentido que os filhos que ainda possuem pesem na percepção que fazem da sua família e do casal. Aliás, vários estudos indicam que a perda de um filho único é mais custosa do que quando outros filhos se mantêm em vida (Archer, 1999, in O’Leary, 2004). No entanto, não deixa de ser curioso que alguns estudos transversais apontem para o facto do relacionamento conjugal se deteriorar a partir do nascimento dos filhos, atingindo o pior pico na meia vida, e começando a melhorar apenas quando os filhos deixam a casa dos pais (Hiccks & Platt, 1970, in Wagner & Falcke, 2007). Embora exista muito debate sobre esta questão, a maior parte dos estudos realizados na década de 1980 e 1990 indicam que a saída dos filhos inicia não um período de maior carinho e proximidade, mas antes um período de *stress* e declínio na satisfação conjugal e familiar (Weis & Palos, 1988, Belski e Kelly, 1994, in Wagner & Falcke, 2007), o que nos remete novamente para a importância dos filhos e da manutenção de relações de proximidade com eles para o bem-estar familiar. Por outro lado, o tempo decorrido desde a perda e a resolução das tarefas do luto remetem-nos novamente para a ideia já debatida anteriormente, segundo a qual o tempo de readaptação à vida familiar sem o

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

filho falecido é essencial para o restabelecer do equilíbrio individual, conjugal e familiar. Na amostra de comparação, não se destacam, novamente, de entre as variáveis testadas, correlações significativas com os resultados nesta sub-escala.

De notar que, nestas três dimensões em que a amostra de pais não enlutados não apresentou valores de correlação significativa, as variáveis que mais pesaram foram as variáveis familiares e relativas ao luto.

Relativamente à dimensão “filhos”, para o grupo de pais enlutados, o tempo decorrido desde a perda e o número de filhos são as variáveis que se destacam. Em relação ao tempo decorrido desde a perda, a ideia que se nos sugere é similar à explicitada na dimensão anterior – perante a perda de um filho (ou de um irmão, no caso da fratria), a tensão será sempre maior quanto mais recente tiver sido a perda. A própria forma como os pais se relacionam com os filhos que ficam reveste-se de novas especificidades que exigem tempo para serem afinadas e, eventualmente ultrapassadas (Worden, 2002). No que diz respeito ao número de filhos, e tendo em conta que um dos itens que constitui esta dimensão é a satisfação com o número de crianças que fazem parte da família, à partida, e para quem já perdeu algum filho, quantos mais filhos ainda tiver consigo, maior será a satisfação a este nível. Na amostra de pais que nunca perderam filhos, a variável que se destaca é a etapa do ciclo vital sendo que a relação é negativa, ou seja, à medida que a família vai atravessando as várias fases do seu ciclo de vida, a satisfação no que diz respeito aos filhos vai-se esbatendo. Esta situação poderá ter que ver com um dos itens que medem esta dimensão – “número de crianças na sua família” – sendo que o evoluir para as fases mais avançadas da etapa do ciclo vital implicam que haja um menor número de “crianças”, entendidas como tal, na família, daí que se percepcione eventualmente uma menor satisfação a este nível. Por outro lado, os movimentos de autonomização e separação que vão ocorrendo entre pais e filhos à medida que estes vão crescendo pode igualmente ajudar a contextualizar esta relação.

Finalmente, e em relação à dimensão “educação”, como já vimos anteriormente (aquando da análise entre os grupos) o nível socioeconómico reveste-se de extrema importância, quer porque implica, na sua definição, o nível de habilitações literárias, quer porque, poderá favorecer um maior investimento na formação do próprio. Esta variável apresenta-se como fundamental em ambos os grupos (é significativa na amostra de pais enlutados e altamente significativa na amostra de comparação). Por outro lado, é curioso dar-mos conta que, na amostra de pais enlutados, uma outra variável se destaca – a existência de acompanhamento psicológico também se constitui como um factor que influi positivamente na satisfação com o nível de educação. Isto remete-nos para a possibilidade de uma maior satisfação com a educação levar a uma maior procura deste tipo de suporte (na nossa amostra, curiosamente, 50% dos sujeitos têm habilitações literárias inferiores ou equivalentes ao quarto ano de escolaridade e 50% dos sujeitos nunca usufruíram de acompanhamento psicológico). Por outro lado, a própria intervenção psicoterapêutica pode eventualmente ser entendida, nesta amostra, como uma ferramenta de peso para a percepção de um maior auto-conhecimento pessoal e familiar.

Em relação ao *stress* familiar percebido, apenas na amostra de pais não enlutados encontramos variáveis em destaque. São elas, a idade do sujeito e o nível socioeconómico. Ambas apresentam uma relação negativa com os resultados o que pressupõe que quanto mais jovens os sujeitos ou

provenientes de um meio socioeconómico mais baixo, maior será a quantidade de *stress* familiar percebido. De facto, as idades mais avançadas tendem a ser relacionadas com períodos de acalmia (Relvas, 1996), até pela menor actividade e responsabilidade familiar e cívica, daí que possam perceber um menor *stress* familiar quando comparados com os mais jovens. Por outro lado, como já vimos anteriormente, na sociedade em que vivemos actualmente, um nível socioeconómico elevado tende a proporcionar às famílias uma situação de vida mais estável, daí que possa implicar um menor nível de *stress* percebido. Não deixa de ser curioso podermos constatar que na amostra de pais que perderam filhos nenhuma variável se destaca, nem as que são relativas ao processo de luto. Se tivermos em conta que a literatura aponta para o luto de um filho com sendo um *stressor* muito poderoso, seria espectável que algumas dessas variáveis se fizessem sentir.

No que diz respeito à utilização de estratégias de *coping*, e analisando a sub-amostra de pais enlutados, destacam-se as correlações com a idade dos pais e o número de filhos, sendo que a relação encontrada é positiva, o que sugere que o aumento da idade do sujeito e do número de filhos implica um aumento na utilização de estratégias de enfrentamento. Daqui se pode reflectir – será que o avançar da idade implica um aumento de situações problemáticas, nomeadamente no encarar do envelhecimento, daí a necessidade de uma maior utilização de estratégias de enfrentamento? De facto, o envelhecimento implica mudanças e um processo de adaptação que lhes são subjacentes. No entanto, e tendo em conta a literatura e o que foi visto anteriormente para a sub-amostra de comparação, o aumento da idade tende a diminuir a percepção de *stress* familiar. Assim sendo, porquê um aumento das estratégias de *coping*? A nosso ver, esta questão poderá ter que ver com características específicas da nossa amostra de pais enlutados, nomeadamente a prevalência de um nível socioeconómico baixo. De facto, nesta amostra, o nível socioeconómico destaca-se como uma variável altamente significativa relativamente à utilização de estratégias de *coping*, sendo que se correlaciona de forma negativa com a totalidade da escala, isto é, um nível socioeconómico superior levará a uma menor utilização de estratégias de *coping* e vice-versa. Assim sendo, e tendo em conta que a grande maioria desta nossa amostra possui um nível socioeconómico baixo, estaremos perante pais que utilizam activamente estratégias de enfrentamento (o que eventualmente poderá estar ligado ao facto dos pais enlutados perceberem, como já vimos, um nível de *stress* mais significativo, quando comparados com a amostra de pais não enlutados). Por outro lado, e retomando a variável relativa ao número de filhos, coloca-se-nos a questão – será que quantos mais são os filhos, maiores são os desafios com que lidar? Um maior número de filhos implicará a vivência constante de uma série de desafios que se prendem com o seu crescimento e com a evolução do ciclo de vida familiar, etapa após etapa, o que poderá exigir, eventualmente, uma maior utilização de estratégias de enfrentamento, daí que esta variável entre também em destaque neste contexto. Note-se que, na amostra de pais não enlutados, não se destacam novamente correlações significativas, o que nos revela que a variabilidade a este nível poderá ser influenciada por outras variáveis que não estão aqui a ser testadas.

Analisando agora as dimensões da escala F-COPES, e relativamente às variáveis socio-demográficas, constatámos que, na amostra de pais enlutados, a idade dos pais e a religião se correlacionam positivamente com

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008



a utilização de suporte espiritual. A idade e crença religiosa parecem pesar na busca de suporte espiritual, o que nos parece expectável tendo em conta o que já foi citado anteriormente relativamente à espiritualidade nas faixas etárias mais avançadas. O nível socioeconómico, por sua vez, relaciona-se negativamente com todas as dimensões, com excepção do “reenquadramento”, com a qual não se relaciona significativamente. Novamente, a ideia de que pais com um nível socioeconómico mais alto tenderão a utilizar menos este tipo de estratégias para fazer face aos problemas que se lhe colocam.

No que diz respeito às variáveis familiares, apenas o número de filhos se destaca, sendo que apresenta uma relação positiva com a dimensão relativa ao “reenquadramento”. Note-se que, curiosamente, foi esta a dimensão que apresentou diferenças entre os grupos. Daqui se pode questionar – será que esta diferença não é devida ao facto da amostra de pais enlutados possuir menos filhos e daí apresentar uma menor capacidade de reenquadramento?

Finalmente, e no que se refere às variáveis ligadas ao luto, a idade do filho aquando da perda apresenta uma correlação significativa positiva com a procura de suporte espiritual (situação que terá que ver com a faixa etária mais avançada dos pais e da família no ciclo vital, como já foi salientado anteriormente). O tempo decorrido desde a perda, por sua vez, relaciona-se de forma positiva com a capacidade de reenquadrar e com a busca de apoio formal (isto é, a mobilização familiar para procurar e aceitar ajuda). As tarefas do luto estão relacionadas igualmente com a dimensão relativa ao “reenquadramento”, isto é, quanto mais próximos das tarefas finais do luto, mais aumenta a tendência para utilizar este tipo de estratégia de *coping*. Daqui se remete, novamente, para a importância do tempo na reabilitação familiar após a perda, nomeadamente na sua capacidade para relativizar as situações problemáticas e na abertura ao exterior.

Em relação à amostra de comparação salienta-se a correlação entre o género e a “aquisição de suporte social”, o que nos revela que as mulheres tendem a utilizar mais este tipo de estratégia que os homens. Daqui se infere novamente a importância dos mecanismos sociais na selecção das estratégias a utilizar. De facto, o papel da mulher sempre esteve mais associado ao evidenciar das emoções, o que lhe permitia partilhá-las e procurar suporte nos seus pares. Já relativamente ao homem, existe uma maior tendência social para que ele seja capaz de lidar com as suas emoções sozinho, tomando as decisões que considere mais adequadas para si e para os seus, sem qualquer tipo de intermediários. Por outro lado, e à semelhança do grupo de pais enlutados, o nível socioeconómico parece relacionar-se negativamente com a dimensão “apoio formal”. Finalmente, constatou-se também que a religião se correlaciona negativamente com a utilização de estratégias ligadas à “aceitação passiva”, isto é, nesta amostra, os sujeitos religiosos tendem a procurar menos este tipo de estratégia, o que poderá ter que ver, eventualmente, com ensinamentos religiosos que promovam o enfrentar dos problemas por meio de acções mais efectivas.

Deste modo, e em jeito de síntese, importa salientar que, de facto, na nossa amostra foram verificadas diferenças entre os grupos, nomeadamente no que diz respeito à qualidade de vida, *stress* e *coping* familiares, o que leva a pensar que, *grosso modo*, o luto implica verdadeiras alterações nas percepções parentais acerca da sua família no pós-perda, o que, aliás, vai de encontro à literatura sobre o tema por nós consultada. No entanto,

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.  
Um estudo exploratório.

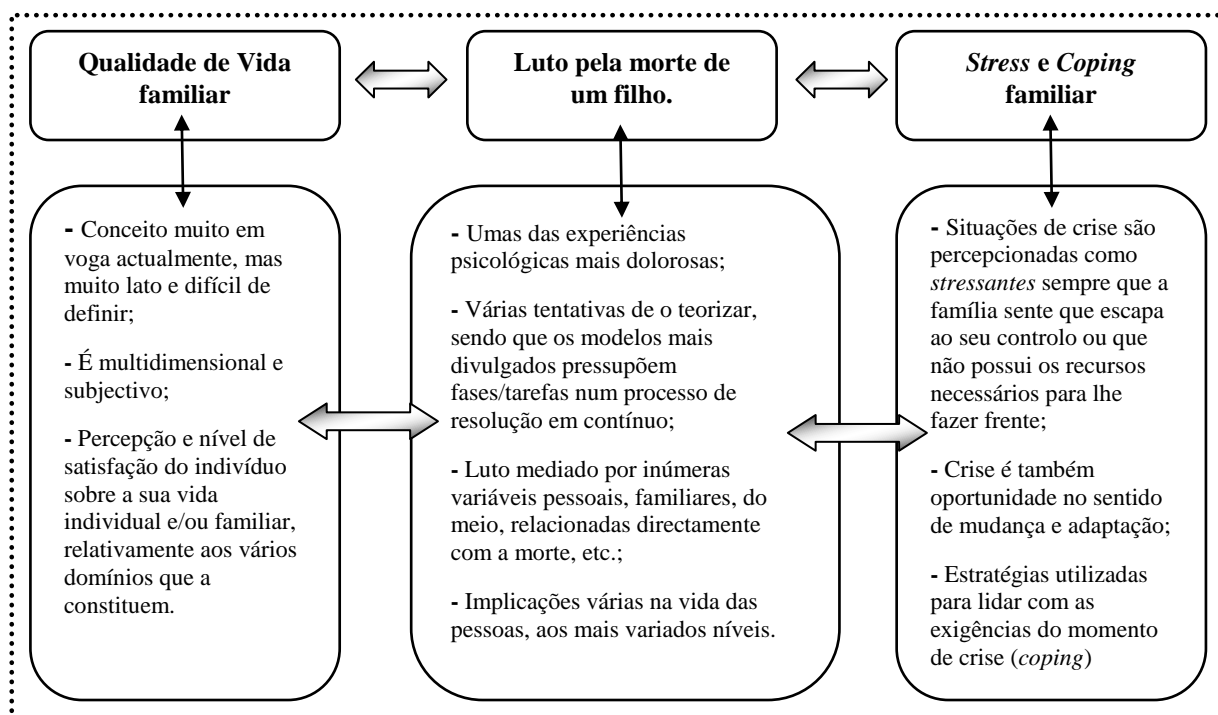
Milena Ferreira Lopes (e-mail:MilenaLopes@clix.pt) 2008

percebemos igualmente que são muitas as variáveis (relativas ao luto, mas não só) que ditam estes resultados. Na nossa amostra, e partindo da análise da variabilidade dos resultados expressa pelas correlações, as variáveis “nível socioeconómico”, “etapa do ciclo vital” e “número de filhos” foram as que mais se salientaram (com correlações de efeito moderado a grande<sup>12</sup>), dando-nos pistas para a sua importância no estudo destes construtos. Relativamente ao processo de luto, destacam-se igualmente as variáveis “fases/tarefas do luto” e “tempo decorrido desde a perda”. Por outro lado, e contrariamente ao que seria esperado, verificou-se também que nem todas as variáveis testadas se correlacionavam com os dados, nomeadamente a “causa de morte” e a “ocorrência de perdas anteriores à morte do filho”. Todavia, importa ter em consideração que as variáveis que foram estudadas e que apresentaram correlação significativa, não são suficientes para esclarecer de uma forma totalitária e consistente todos os dados obtidos (as percentagens de explicação da variabilidade dos resultados situam-se entre 13% e 33%). Ainda assim, e tendo em conta que o nosso objectivo passava apenas por realizar uma análise exploratória, aqui fica a porta entre-aberta para futuros investigadores poderem continuar a explorar este domínio tão vasto e tão complexo.

## VI – Conclusões

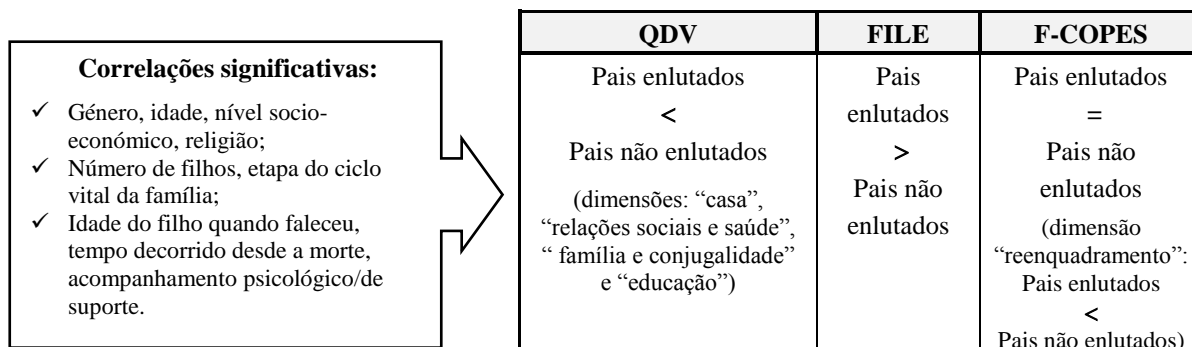
Tendo em conta o tipo de estudo realizado e a numerosa informação que foi apresentada e discutida ao longo deste trabalho, sentimos algumas dificuldades em condensar conclusões, sem que estas corressem o risco de serem lidas de uma forma taxativa ou linear. Por este motivo, optou-se por aproveitar este espaço para uma espécie de recapitulação das ideias essenciais apresentadas até aqui.

- Relativamente ao enquadramento conceptual – esquema síntese:



<sup>12</sup> Classificação de Will G. Hopkins (2002).

- Relativamente ao estudo empírico – esquema síntese:



- Relativamente à discussão de resultados:

As diferenças constatadas ao nível da qualidade de vida, *stress* e *coping* familiar entre as sub-amostras que estudámos leva-nos a concluir que o luto implica alterações significativas nas percepções parentais acerca da vida familiar. No entanto, e tendo em conta que, como já foi referido, a nossa amostra não nos permite generalizações, devemos tomar este resultado apenas como uma primeira tendência, a ser confirmada por estudos posteriores.

Por outro lado, conclui-se igualmente que as variáveis que medeiam estes resultados vão muito para além das que foram aqui testadas por nós. Na nossa amostra, as variáveis “nível socioeconómico”, “etapa do ciclo vital”, “número de filhos”, “fases/tarefas do luto” e “tempo decorrido desde a perda” foram as que mais se salientaram no que diz respeito à leitura da variabilidade dos resultados, o que nos sugere que será importante tê-las em conta no estudo destes construtos com este tipo de população.

Contudo, é sempre importante ter em conta que as variáveis que foram estudadas e que apresentam correlação apenas esclarecem os dados obtidos de uma forma parcial (não estamos perante relações de causa-efeito lineares), o que significa que outras haverá que estudar para conseguirmos chegar a conclusões mais claras.

### **Limitações do estudo e trilhos para investigações futuras...**

À medida que íamos elaborando o trabalho e discutindo resultados, fomos-nos deparando com alguns limites do nosso estudo. Primeiramente, uma das limitações que ficou bastante patente ao longo de todo o estudo diz respeito ao facto de a amostra ser pequena e não representativa da população, o que não nos permite generalizar de forma nenhuma os resultados e conclusões obtidas. Por outro lado, é importante salientar que os dados foram recolhidos, na sua maioria, tendo por base um único elemento do agregado familiar, o que significa que tivemos acesso apenas a uma visão possível da realidade familiar que pretendíamos estudar. Finalmente, e talvez não seja uma limitação em si, mas, o facto de não termos encontrado na pesquisa bibliográfica estudos acerca de alguns dos construtos, nesta população específica, nomeadamente, sobre a qualidade de vida familiar, empobreceu um pouco o trabalho, na medida em que a compreensibilidade dos resultados e muitas das questões levantadas foram surgindo por inferências em função dos dados obtidos.

Apesar de todas as suas limitações, o presente estudo não deixa de sugerir algumas implicações interessantes, nem que seja pelas questões que levanta e que poderão servir de mote para investigações futuras. Seria interessante, por exemplo, replicar o estudo com uma amostra maior, emparelhando os sub-grupos e tentando controlar outras variáveis que não apenas o género e a idade. Tendo em conta os dados obtidos, seria interessante tornar o grupo equivalente, por exemplo, relativamente ao nível socioeconómico e à etapa do ciclo vital da família. Por outro lado, seria interessante também estudar as diferenças eventualmente existentes entre pais enlutados por morte de um filho e pais enlutados por outro tipo de perda. Ou ainda estudar as diferenças entre sub-amostras de pais tendo por base a causa de morte do filho. Enfim, as possibilidades são inúmeras...

O que é realmente importante, e para terminar, é que possamos contribuir para quebrar o *tabu* que a nossa sociedade insiste em manter relativamente aos lutos e às perdas fomentando, em simultâneo, a investigação científica portuguesa na área da Psicologia e da Família.

## Bibliografia

Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares – Uma visão sistémica* (3ª Ed.). Coimbra: Quarteto.

Becker, G., Xander, C., Blum, H., Lutterbach, J., Momm, F., Gysels, M., & Higginson, I. (2007). Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Palliative Medicine*, 21, 207–217.

Bezerra, A. (2008). *Ser mulher, mãe e profissional – questões actuais*. Consultado em 28 de Junho, 2008, disponível em [www.sermelhor.com/artigo-php?artigo=468secao=pais](http://www.sermelhor.com/artigo-php?artigo=468secao=pais).

Bouguin, M.A. (2005). Le deuil après la mort brutale d'un enfant: place d'un soutien psychologique. *Archives de Pédiatrie*, 12, 245-247.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss* (3ª Ed.). London: The Hogarth Press Ltd.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la Santé: Modèles, Concepts et Méthodes*. Paris: Dunod.

Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Firmino, H., & Ramalheira, C. (1993). Recursos familiares e perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 14, (2), 55-91.

Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), pp.15-23.

Carvalho, C. (2006). *Luto e Religiosidade*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior da Maia. Consultado em 9 de Janeiro, 2008, disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt) (<http://psicologiadareligiao.files.wordpress.com/2007/12/luto-e-religiosidade.pdf>).

De Albuquerque, A., Pacheco, J., & Soares, C. (1986). Luto patológico: Uma breve revisão da literatura. *Psiquiatria Clínica*, 7 (4), 243-247.

Decinque, N., Monterosso, L., Dadd, G., Sidhu, R., & Lucas, R. (2004). Bereavement support for families following the death of a child from cancer: Practice characteristics of Australian and New Zealand paediatric oncology units. *Journal Paediatric Child Health*, 40, 131-135.

Engel, B.T. (1985). Stress is a noun! No, a verb! No, an adjective! In Field, T., McCabe, P., & Schneiderman, N. (Eds.), *Stress and Coping*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.

Fagulha, T., Duarte, M.D., & Miranda, M.J. (2000). A “qualidade de vida” – Uma nova dimensão psicológica?. *Psychologica*, 25, 5-17.

Fayers, P., & Machin, D. (2000). *Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation*. London: Wiley and sons, Ltd.

Ferreira-Alves, J., & Silva, M.D.D. (2006). Orientações para a perda e para o restabelecimento em narrativas de luto: Contributos para uma abordagem narrativa ao processo dual de lidar com o luto. *Psychologica*, 42, 147-155.

Fleck, M.P.A. (2006). O projecto WHOQOL: Desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), 5-13.

Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

Fonseca, A. (2006). “Transição-adaptação” à reforma em Portugal. *Psychologica*, 42, 45-70.

Frazier, P., Steward, J., & Mortensen, H. (2004). Perceived control and adjustment to trauma: A comparison across events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, (3), pp. 303-324.

Gameiro, A. (1991). A morte e o projecto de vida dos enlutados, idosos e doentes – Para uma visão sistémica das atitudes sobre a morte alheia e própria. *Hospitalidade*, 222, 24-36.

Goodenough, B., Drew, D., Higgins, S., & Threthewie, S. (2004). Bereavement outcomes for parents who lose a child to cancer: Are place of death and sex of parent associated with differences in psychological functioning?. *Psycho-Oncology*, 13, 779-791.

Instituto Nacional de Estatística (1999). *Tipologia de Áreas Urbanas*. Consultado em 30 de Maio, 2008, disponível em <http://www.ine.pt/pr odserv/quadros/047/033/002/pdf/iuc-4.pdf>.

Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a Morte*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.

Langner, R., & Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: Evaluating diagnostic criteria in a german sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235-242.

Leitão, O. (1990). Luto normal e Luto Patológico. In *Separata do Jornal do Médico*, CXXVIII (2361), pp. 662-664. Porto: Tip. Costa Carregal.

Leon, I.G. (1990). *When a Baby Dies – Psychotherapy for Pregnancy*

and *Newborn Loss*. Yale: University Press.

Levin, J. (1987). *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. Vila Mariana: Editora Harbra Ltda.

Lopes, A.F. (2007). *Generalidades e Singularidades da Doença em Família: Percepção da Qualidade de Vida, Stress e Coping*. Monografia de Mestrado Integrado não publicada, Universidade de Coimbra.

Li, J., Precht, D., Mortensen, P., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361, 363-367.

Lopes, J.S. (1996). *Luto na Gravidez: Contributo para uma compreensão do luto na gravidez subsequente à morte de um filho*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Coimbra.

Manocchio, T., & Pettitt, W. (1975). *Families Under Stress: A Psychological Interpretation* (pp 18-20). London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

Miles, M.S., & Crandall, E.K.B. (1983). The search of meaning and its potential for affecting growth in bereaved parents. In Moos, R.H. (Ed.), *Coping with Life Crises: An integrated Approach*. New York: Plenum Press.

Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In Moos, R.H. (Ed.), *Coping with Life Crises: An integrated Approach*. New York: Plenum Press.

Murphy, S., Gupta, A., Cain, K., Johnson, L., Lohan, J., Wu, L., & Mekwa, J. (1999). Changes in parent's mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: A longitudinal prospective analysis. *Death Studies*, 23, 2, 129-159.

Nussbaumer, A., & Russell, R. (2003). Bereavement support following sudden and unexpected death in children. *Current Paediatrics*, 13, 555-559.

Negreiros, T. (2003). Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? *Revista Mal-Estar e Subjectividade*, 3, 2, 275-291, consultado em 28 de Junho, 2008, disponível em <http://www.unifor.br/notitia/file/156.pdf>.

Olson, D.H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1985). *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (2ª Ed.). St. Paul: University of Minnesota.

O'Leary, J. (2004). Grief and its Impact on Prenatal Attachment in the

Subsequent Pregnancy. *Archives of Women Mental Health*, 7, 7-18.

Pangrazzi, A. (1999). *Conviver com a Perda de uma Pessoa Querida*. Lisboa: Paulinas.

Parkes, C.M. (1998). *Luto: Estudos sobre a Perda na Vida Adulta*. São Paulo: Summus Editorial.

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS (3ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Rebelo, J.E. (2004). *Desatar o Nó do Luto*. Lisboa: Editorial Notícias.

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Rini, A., & Loriz, L. (2007). Anticipatory mourning in parents with a child who dies while hospitalized. *Journal of Paediatric Nursing*, 22, (4), 272-282.

Rojas, G. (2001). Luto Patológico? A propósito de um caso. *Psiquiatria Clínica*, 22, (2), 205-207.

Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.R.C.)*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra.

Schwab, R. (1998). A child's death and divorce: dispelling the myth. *Death Studies*, 22, 5, p. 445, Proquest Psychology Journals.

Silva, M.D.F. (2004). *Processos de Luto e Educação*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Educação. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, consultado em 3 de Março, 2008, disponível em [http://www.socialgest.pt\\_dlds/APROCESSOSDELUTOEMPESSEASIDOSAS.pdf](http://www.socialgest.pt_dlds/APROCESSOSDELUTOEMPESSEASIDOSAS.pdf).

Simões, A. (2006). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica*, 42, 25-43.

Smith, J. (1993). *Understanding Stress and Coping*. New York: Macmillan Publishing Company.

Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A.P. (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica - Apoio das unidades de saúde a doentes crónicos idosos e suas famílias*. Lisboa: Climepsi.

Vilaça, A.M. (2007). *Vulnerabilidade ao stress, coping e qualidade de vida ao longo do ciclo vital da família*. Monografia de Mestrado Integrado não publicada, Universidade de Coimbra.



Wagner, A., & Falcke, D. (2007). *Satisfação conjugal e transgeracionalidade: uma revisão teórica sobre o tema*. Consultado em 29 de Junho, 2008, disponível em [www.pucrs.br/psipos/relaçõesfamiliares/artigos/13.pdf](http://www.pucrs.br/psipos/relaçõesfamiliares/artigos/13.pdf).

Wisten, A., & Zingmark, K. (2007). Supportative needs of parents confronted with sudden cardiac death – a qualitative study. *Resuscitation*, 74, 68-74.

Wright, L., & Nagy, J. (1993). Death: the most troublesome family secret of all. In Evan Imber-Black (Ed.), *Secrets in families and family therapy* (pp. 121-137). New York: W.W. Norton & Company.

## Anexos

### Anexo 1: Testes t – Escalas totais

#### Group Statistics

	clinico/controlo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
FcopesTotal	clínico	30	93,40	11,699	2,136
	controlo	30	90,67	13,137	2,398
QdVTotal	clínico	30	106,93	7,874	1,438
	controlo	30	121,97	16,722	3,053
FileTotal	clínico	30	14,30	5,396	,985
	controlo	30	7,10	5,683	1,038

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
FcopesTotal	Equal variances assumed	,483	,490	,851	58	,398	2,733	3,212	-3,696	9,162
	Equal variances not assumed			,851	57,238	,398	2,733	3,212	-3,697	9,164
QdVTotal	Equal variances assumed	5,210	,026	-4,455	58	,000	-15,033	3,374	-21,788	-8,279
	Equal variances not assumed			-4,455	41,257	,000	-15,033	3,374	-21,847	-8,220
FileTotal	Equal variances assumed	,013	,911	5,032	58	,000	7,200	1,431	4,336	10,064
	Equal variances not assumed			5,032	57,844	,000	7,200	1,431	4,336	10,064

## Anexo 2: Testes t – Factores QDV

Group Statistics					
	clínico/controlo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
qdv factor1	clínico	30	14,97	3,000	,548
	controlo	30	15,43	4,141	,756
qdv factor 2	clínico	30	10,60	2,313	,422
	controlo	30	10,37	3,347	,611
qdv factor 3	clínico	30	16,27	1,760	,321
	controlo	30	17,57	3,308	,604
qdv factor 4	clínico	30	14,07	2,303	,421
	controlo	30	16,80	2,905	,530
qdv factor 5	clínico	30	7,77	1,591	,290
	controlo	30	7,97	1,377	,251
qdv factor 6	clínico	30	11,57	1,357	,248
	controlo	30	13,53	2,862	,522
qdv factor 7	clínico	30	38,57	181,404	33,120
	controlo	30	6,53	2,240	,409
qdv factor 8	clínico	30	69,27	239,633	43,751
	controlo	30	6,27	1,202	,219
qdv factor 9	clínico	30	6,00	1,682	,307
	controlo	30	7,40	1,673	,306
qdv factor 10	clínico	30	37,90	181,537	33,144
	controlo	30	8,00	1,509	,275
qdv factor 11	clínico	30	4,17	1,642	,300
	controlo	30	5,77	1,906	,348

## Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference			
									Lower	Upper	Lower	Upper
qdv factor1	Equal variances assumed	1,952	,168	-,500	58	,619	-,467	,934	-2,336	1,402		
	Equal variances not assumed			-,500	52,863	,619	-,467	,934	-2,339	1,406		
qdv factor 2	Equal variances assumed	2,466	,122	,314	58	,755	,233	,743	-1,254	1,720		
	Equal variances not assumed			,314	51,555	,755	,233	,743	-1,258	1,724		
qdv factor 3	Equal variances assumed	3,391	,071	-1,900	58	,062	-1,300	,684	-2,670	,070		
	Equal variances not assumed			-1,900	44,204	,064	-1,300	,684	-2,679	,079		

qdv factor 4	Equal variances assumed	3,797	,056	-4,038	58	,000	-2,733	,677	-4,088	-1,378
	Equal variances not assumed			-4,038	55,132	,000	-2,733	,677	-4,090	-1,377
qdv factor 5	Equal variances assumed	1,582	,214	-,521	58	,605	-,200	,384	-,969	,569
	Equal variances not assumed			-,521	56,832	,605	-,200	,384	-,969	,569
qdv factor 6	Equal variances assumed	17,517	,000	-3,401	58	,001	-1,967	,578	-3,124	-,809
	Equal variances not assumed			-3,401	41,408	,001	-1,967	,578	-3,134	-,799
qdv factor 7	Equal variances assumed	4,056	,049	,967	58	,337	32,033	33,122	-34,268	98,335
	Equal variances not assumed			,967	29,009	,341	32,033	33,122	-35,708	99,775
qdv factor 8	Equal variances assumed	9,450	,003	1,440	58	,155	63,000	43,751	-24,578	150,578
	Equal variances not assumed			1,440	29,001	,161	63,000	43,751	-26,481	152,481
qdv factor 9	Equal variances assumed	,185	,669	-3,232	58	,002	-1,400	,433	-2,267	-,533
	Equal variances not assumed			-3,232	57,999	,002	-1,400	,433	-2,267	-,533
qdv factor 10	Equal variances assumed	4,131	,047	,902	58	,371	29,900	33,145	-36,447	96,247
	Equal variances not assumed			,902	29,004	,374	29,900	33,145	-37,889	97,689
qdv factor 11	Equal variances assumed	,523	,472	-3,484	58	,001	-1,600	,459	-2,519	-,681
	Equal variances not assumed			-3,484	56,753	,001	-1,600	,459	-2,520	-,680

### Anexo 3: Testes t – Factores F-COPES

#### Group Statistics

	clinico/controlo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
aquisição suporte social	clínico	30	30,00	5,206	,950
	controlo	30	27,50	5,097	,931
reenquadramento	clínico	30	25,50	3,432	,627
	controlo	30	28,13	4,681	,855
suporte espiritual	clínico	30	13,17	4,465	,815
	controlo	30	11,97	3,728	,681
mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda	clínico	30	14,90	3,144	,574
	controlo	30	13,37	3,899	,712
passividade	clínico	30	11,30	2,818	,515
	controlo	30	11,03	2,697	,492

## Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
<b>aquisição suporte social</b>	Equal variances assumed	,013	,909	1,879	58	,065	2,500	1,330	-,163	5,163
	Equal variances not assumed			1,879	57,974	,065	2,500	1,330	-,163	5,163
<b>reenquadramento</b>	Equal variances assumed	5,046	,029	-2,485	58	,016	-2,633	1,060	-4,755	-,512
	Equal variances not assumed			-2,485	53,185	,016	-2,633	1,060	-4,759	-,508
<b>suporte espiritual</b>	Equal variances assumed	,470	,496	1,130	58	,263	1,200	1,062	-,926	3,326
	Equal variances not assumed			1,130	56,208	,263	1,200	1,062	-,927	3,327
<b>mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda</b>	Equal variances assumed	4,666	,035	1,677	58	,099	1,533	,915	-,297	3,364
	Equal variances not assumed			1,677	55,505	,099	1,533	,915	-,299	3,366
<b>passividade</b>	Equal variances assumed	,541	,465	,374	58	,709	,267	,712	-1,159	1,692
	Equal variances not assumed			,374	57,889	,709	,267	,712	-1,159	1,692

## Anexo 4: Correlações – Escalas totais (pais enlutados)

		género	idade própria	nível sócio-económico	religião	filhos	etapa ciclo vital	idade filho nº	Causa morte do filho	tempo decorrido meses	outras perdas	tarefas	FCD ajuda psicológica
FcopesTotal	Pearson Correlation	-,215	,447(*)	-,582(**)	,193	,448 (*)	,081	,245	,118	,298	-,153	-	,075
	Sig. (2-tailed)	,254	,013	,001	,308	,013	,669	,191	,535	,109	,418	,218	,692
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
QdVTotal	Pearson Correlation	-,189	,106	,012	,098	,143	-,022	,088	-,046	,148	-,209	-	-,069
	Sig. (2-tailed)	,318	,576	,950	,607	,451	,909	,644	,808	,436	,267	,485 (**)	,718
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
FileTotal	Pearson Correlation	-,040	,065	-,216	-	,170	,095	,003	,104	-,062	,015	-	-,006
	Sig. (2-tailed)	,834	,734	,253	,052	,371	,617	,989	,583	,744	,937	,021	,974
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

## Anexo 5: Correlações – Factores QDV (pais enlutados)

		género	idade própria	nível sócio-económico	religião	filhos	tapa ciclo vital	idade filho nº	causa morte do filho	tempo decorrido meses	outras perdas	afetas	CDajuda psicológica
qdv Factor1	Pearson Correlation	,016	,132	,409(*)	,104	,396	,211	,125	,066	,348	,094	,083	,102
	Sig. (2-tailed)	,933	,487	,025	,584	,060	,262	,509	,729	,059	,623	,663	,593
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Factor 2	Pearson Correlation	-,124	,674(**)	,216	,112	,123	,228	,582(**)	,068	,048	,188	,054	,088

Factor 3	Sig. (2-tailed)	,513	,000	,252	,555	,518	,225	,001	,722	,801	,320	,777	,644
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Pearson Correlation	-,042	,098	,077	,140	,047	,183	,318	,195	,158	,040	,000	,024
Factor 4	Sig. (2-tailed)	,825	,606	,685	,459	,803	,334	,086	,301	,405	,834	,000	,900
	N	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pearson Correlation	-,237	-,062	,147	,006	,214	,221	,091	,180	,029	,256	,192	,088
Factor 5	Sig. (2-tailed)	,207	,744	,439	,975	,256	,240	,633	,342	,880	,172	,310	,644
	N	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pearson Correlation	-,224	-,241	,334	,136	,132	,015	,393	,040	,139	,236	,240	,025
Factor 6	Sig. (2-tailed)	,080	,200	,096	,473	,486	,939	,092	,833	,464	,209	,201	,895
	N	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pearson Correlation	-,017	,077	,150	,171	,158	,049	,030	,097	,256	,269	,094	,212

Factor 7	Sig. (2-tailed)	,929	,688	,429	,367	,403	,796	,876	,611	,172	,075	,622	,261
	N	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pearson Correlation	,017	-,402(*)	,374(*)	,157	,096	,399(*)	,233	,170	,012	,107	,301	,209
Factor 8	Sig. (2-tailed)	,927	,028	,042	,408	,616	,029	,084	,369	,948	,575	,106	,268
	N	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pearson Correlation	-,325	,266	,324	,127	,005	,076	,477(**)	,300	,185	,299	,040	,408(*)
Factor 9	Sig. (2-tailed)	,080	,156	,081	,503	,980	,691	,008	,108	,327	,108	,833	,025
	N	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pearson Correlation	-,189	-,041	,420(*)	,064	,513(**)	,324	,343	,073	,423(*)	,167	,555(*)	,095
Factor 10	Sig. (2-tailed)	,316	,831	,021	,736	,004	,081	,084	,701	,020	,378	,001	,617
	N	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pearson Correlation	-,012	,319	,329	,252	,430(*)	,247	,079	,201	,614(**)	,000	,321	,264



Factor 11	Sig. (2-tailed)	,948	,086	,076	,180	,018	,188	,680	,286	,000	,000	,083	,158
	N	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pearson Correlation	,154	,019	,385(*)	,058	,094	,108	,060	,120	,191	,102	,116	,392(*)
	Sig. (2-tailed)	,416	,922	,043	,762	,622	,570	,751	,527	,313	,590	,541	,042
	N	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### Anexo 6: Correlações – Factores F-COPES (pais enlutados)

		énero	idade e pró prio	nível sócio- econó- mico	eligi- ção	filho s	tapa- ciclo vital	idade e filho nº	ausa morte do filho	tempo decorri- do meses	outras perdas	afetivas	CDajuda psicoló- gica
suporte social	Pearson Correlation	,304	,217	,531(**)	,134	,339	,096	,001	,256	,177	,026	,013	,339
	Sig. (2-tailed)	,103	,250	,003	,480	,067	,614	,998	,173	,349	,891	,944	,067
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
reenquadramento	Pearson Correlation	-,033	,342	-,333	,223	,380(*)	-,236	-,035	,004	,477(**)	,202	,483	-,016
	Sig. (2-tailed)	,863	,064	,072	,237	,039	,209	,856	,984	,008	,284	,007	,935
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
suporte espiritual	Pearson Correlation	,111	,492(*)	-,397(*)	,565(**)	,324	,176	,465(*)	-,008	,344	-,303	-,044	-,318
	Sig. (2-tailed)	,559	,006	,030	,001	,080	,351	,010	,967	,063	,103	,819	,087
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Luto Parental: Qualidade de Vida, *Stress* e *Coping* face à Crise.

Um estudo exploratório.

Milena Ferreira Lopes (e-mail: MilenaLopes@clix.pt) 2008

	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda	Pearson			-									
	Correlatio			,383(	-,166	,149	-,003	-,161	,284	,416(*)	-,078	-	,351
	n	-,141	,051	*)								,342	
	Sig. (2-tailed)	,459	,791	,037	,380	,431	,988	,395	,128	,022	,681	,064	,057
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
passividade	Pearson			-									
	Correlatio			,384(	-,109	,263	,109	,089	-,025	-,084	-,226	,091	-,128
	n	-,330	,034	*)									
	Sig. (2-tailed)	,075	,857	,036	,568	,160	,565	,639	,896	,658	,230	,631	,499
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

#### Anexo 7: Correlações – Escalas totais (pais não enlutados)

		género	idade próprio	nível sócio-económico	religião	filhos	etapa ciclo vital	FCDajuda psicológica
<b>FcopesTotal</b>	Pearson	,250	,154	-,043	-,034	,137	,209	,043
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,183	,416	,822	,857	,469	,268	,826
	N	30	30	30	30	30	30	29
<b>QdVTotal</b>	Pearson	-,062	,046	,501(**)	,420	-,131	-,436(*)	-,028
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,746	,809	,005	,070	,492	,016	,886
	N	30	30	30	30	30	30	29
<b>FileTotal</b>	Pearson	,253	-,455(**)	-,449(*)	-,034	,146	-,205	,126
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,177	,005	,025	,859	,441	,277	,514
	N	30	30	30	30	30	30	29

## Anexo 8: Correlações – Factores QDV (pais não enlutados)

		género	idade próprio	nível sócio-económico	religião	filhos	etapa ciclo vital	FCDajuda psicológica
qdv factor1	Pearson Correlation	-,066	,341	,504(**)	-,226	-,093	-,066	-,334
	Sig. (2-tailed)	,730	,065	,004	,230	,624	,730	,077
	N	30	30	30	30	30	30	29
qdv factor 2	Pearson Correlation	-,054	,325	,188	-,215	,104	,139	,172
	Sig. (2-tailed)	,777	,080	,319	,253	,585	,464	,372
	N	30	30	30	30	30	30	29
qdv factor 3	Pearson Correlation	-,079	-,137	,326	-,417	-,149	-	,076
	Sig. (2-tailed)	,679	,469	,079	,062	,432	,002	,697
	N	30	30	30	30	30	30	29
qdv factor 4	Pearson Correlation	-,267	,152	,440(*)	-,175	-,171	-,212	-,109
	Sig. (2-tailed)	,153	,422	,015	,356	,366	,260	,573
	N	30	30	30	30	30	30	29
qdv factor 5	Pearson Correlation	,122	-,310	,081	-,099	,349	-	,125
	Sig. (2-tailed)	,520	,095	,669	,601	,058	,001	,517
	N	30	30	30	30	30	30	29
qdv factor 6	Pearson Correlation	-,091	,098	,356	-,361	-,273	-,374(*)	,027
	Sig. (2-tailed)	,632	,605	,054	,064	,145	,042	,888
	N	30	30	30	30	30	30	29
qdv factor 7	Pearson Correlation	,096	,108	,099	-,177	,002	-,356	,000
	Sig. (2-tailed)	,614	,571	,601	,349	,990	,053	1,000
	N	30	30	30	30	30	30	29
qdv factor 8	Pearson Correlation	-,293	,307	,338	-,309	-,442	,076	-,124
	Sig. (2-tailed)	,117	,099	,068	,096	,065	,690	,522
	N	30	30	30	30	30	30	29
qdv factor 9	Pearson Correlation	-,059	,025	,124	-,046	,292	-,281	-,104
	Sig. (2-tailed)	,758	,895	,515	,809	,118	,133	,590
	N	30	30	30	30	30	30	29
qdv factor 10	Pearson Correlation	,058	-,183	,336	-,144	-,117	-,410(*)	,138
	Sig. (2-tailed)	,759	,334	,070	,447	,538	,024	,474
	N	30	30	30	30	30	30	29

qdv factor 11	Pearson	,224	-,046	,540(**)	-,182	,080	-,449(*)	,069
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,235	,808	,003	,335	,675	,013	,724
	N	30	30	30	30	30	30	29

**Anexo 9: Correlações – Factores F-COPES (pais não enlutados)**

		género	idade próprio	nível sócio-económico	religião	filhos	etapa ciclo vital	FCDajuda psicológica
aquisição suporte social	Pearson	,437(*)	,194	-,032	-,188	,149	,149	-,062
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,016	,304	,867	,319	,432	,431	,751
	N	30	30	30	30	30	30	29
reenquadramento	Pearson	,113	-,201	,106	,010	-,016	-,069	,351
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,553	,287	,576	,960	,934	,716	,062
	N	30	30	30	30	30	30	29
suporte espiritual	Pearson	-,045	,208	,102	,321	,052	,281	-,061
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,813	,270	,593	,060	,783	,133	,754
	N	30	30	30	30	30	30	29
mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda	Pearson	,049	,145	-,443(*)	-,113	,266	,112	,131
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,796	,443	,027	,552	,156	,555	,499
	N	30	30	30	30	30	30	29
passividade	Pearson	,222	,259	,004	-,376(*)	-,091	,260	-,140
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	,238	,166	,983	,042	,631	,166	,468
	N	30	30	30	30	30	30	29