



UNIVERSIDADE DOS AÇORES



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE ANGRA DO HEROÍSMO

EMANUEL MARTINS AMORIM

# RESILIÊNCIA EM IDOSOS VIÚVOS

Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo  
Universidade dos Açores  
Angra do Heroísmo, 2011



UNIVERSIDADE DOS AÇORES



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE ANGRA DO HEROÍSMO

EMANUEL MARTINS AMORIM

# RESILIÊNCIA EM IDOSOS VIÚVOS

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Gerontologia Social submetido à Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo – Universidade dos Açores

Orientador – Professor António Manuel Godinho da Fonseca

### **Agradecimentos**

Agradeço ao Professor António Fonseca a orientação e a aprendizagem proporcionada, fundamental para a realização deste estudo e formação académica.

Os agradecimentos estendem-se a diversas pessoas, que de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo: os professores do Mestrado na partilha de conhecimentos, os colegas e amigos por ajudas diversas, o meu Pai e a minha Mãe com a ajuda e compreensão nas minhas ausências de responsabilidade familiar, e aos idosos que participaram neste estudo.

Aos meus filhos, Henrique e Renato, e aos meus pais Aurora e Marcolino.

## RESUMO

---

A dissertação de mestrado exposta neste documento revela o processo de resiliência no idoso. A vulnerabilidade dos idosos é facto assente, podendo ser intensificada por eventos de vida stressantes. A viuvez como um momento de transição de vida vivenciado por muitos idosos é descrita como um processo complexo. Ao ter sido estudada a fase da resolução do luto, foi possível apreender os factores que ajudam os idosos a reorganizarem as suas vidas e quais os que colocam em perigo a reabilitação. Optou-se por entrevistar viúvos a viver sós, salvaguardando-se a ocorrência do fenómeno de resiliência em idosos que, à partida, estavam a conseguir gerir o stress a as dificuldades geradas pelo luto e viuvez. Mais do que estudar o modo como os idosos resolvem o luto, pretendeu-se analisar as implicações, transformações e adaptações daí decorrentes. O estudo prende-se com o processo de transição gerado pelo luto, do evento de vida de morte do cônjuge e com os estilos e estratégias de coping, reconhecidas pelos idosos como sendo ou tendo sido importantes para a manutenção da sua autonomia. O estudo qualitativo incidiu na análise destes recursos, com entrevistas semi-estruturadas a 10 mulheres e a 8 homens. A análise do conteúdo revelou várias condições que devem coexistir para que a resiliência se manifeste e perdure, possibilitando um resultado final positivo. Das condições necessárias à manutenção do idoso viúvo no seu lar, destaca-se o apoio familiar, a saúde em geral, os recursos económicos e o auto conceito positivo. Apesar dos idosos do estudo ainda não terem reorganizado as suas vidas de forma clara e evidenciarem muitas fragilidades emocionais, demonstram percepção das suas capacidades e actuam no sentido de colmatar as suas carências. Os idosos aceitam a morte do seu cônjuge, apesar do sofrimento emocional que lhes causa. Embora a solidão esteja presente, os idosos não forçam os contactos sociais, favorecendo mesmo o isolamento e a introspecção. O seu comportamento não revela a manutenção de actividades inúteis, mas também não demonstra vontade expressa de reorganização da vida. O fenómeno da resiliência no luto dos idosos perdura aquando da presença permanente de factores de protecção, minimizando os factores de risco que persistem.

---

**Palavras-chave:** resiliência; idoso; luto; viuvez.

## ABSTRACT

---

The master's thesis expounded in this document reveals the process of resilience in the elderly. The vulnerability of the elderly is unarguable and it can be intensified by stressful life events. Widowhood as a transitional moment of life experienced by many elderly people is described as a complex process. By studying, the phase of resolution of mourning, it was possible to identify which factors help older people to reorganize their lives and which endanger this rehabilitation. We chose to interview widows/widowers living alone, safeguarding the occurrence of the phenomenon of resilience in older people who, by reasonable assumption, were able to manage the stress and the difficulties created by grief and widowhood. More than studying how the elderly resolve grief, we sought to examine the implications, changes and adjustments derived from it. The study relates to the transition process generated by grief, the event of life and death of the spouse and the coping styles and strategies, recognized by the elderly as being important to maintain their autonomy. The qualitative study focused on analysis of projected resources, semi-structured interviews to 10 women and 8 men. The content analysis revealed several conditions that must coexist to manifest resilience and ensure its maintenance, allowing a positive outcome. From the conditions necessary to maintain the elderly widow/widower in her/his home, there are family support, health in general, the economic resources and positive self-concept. Although the elderly studied have not yet clearly reorganized their lives and show many emotional weaknesses, they demonstrate awareness of their capabilities and act to remedy their drawbacks. Older people accept the death of a spouse, despite the emotional pain it causes. Although loneliness is present, the elderly do not force social contact; instead, they favor the isolation and introspection. Their behavior does not reveal the maintenance of useless activities, but also doesn't show an expressed desire for the reorganization of life. The phenomenon of resilience in the mourning of the elderly occurs and persists when protective factors are a permanent presence, minimizing the persisting risk factors.

---

**Keywords:** resilience; elderly; mourning; widowhood.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
PRIMEIRA PARTE	
RESILIÊNCIA NO IDOSO VIÚVO .....	12
1. Viuvez e luto.....	12
1.1 Comportamentos e emoções no luto .....	13
1.2 Perdas associadas ao luto .....	21
2. Resiliência .....	24
2.1 Vulnerabilidade, risco e protecção.....	26
2.2 Coping no idoso .....	28
2.3 Estilos e estratégias de coping .....	31
2.4 Transição e adaptação no luto.....	33
2.5 Sistemas de optimização/compensação .....	37
3. Modelo bioecológico .....	39
SEGUNDA PARTE	
REESTRUTURAÇÃO DA VIDA APÓS MORTE DO CÔNJUGE: APRESENTAÇÃO DE UM ESTUDO .....	42
1. Campo de estudo, contextualização e motivação.....	42
2. Motivações pessoais.....	42
3. Objectivos e questões de estudo / de investigação.....	43
4. Amostra.....	44
5. Recolha e tratamento de informação.....	46
TERCEIRA PARTE	
PROCESSO DE LUTO .....	50
1. Análise dos dados recolhidos.....	50
1.1 Reacções dos viúvos .....	50
1.2 Mudanças provocadas pela viuvez.....	57
1.3 Factores protectores da resiliência no luto.....	62

1.4 Factores de risco da resiliência no luto .....	73
1.5 Coping no luto.....	79
1.6 Características dos apoios gerados no luto. ....	86
QUARTA PARTE	
MANIFESTAÇÃO DA RESILIÊNCIA NO IDOSO VIÚVO .....	93
1. Discussão e implicações.....	93
2. BIBLIOGRAFIA .....	99
3. ANEXOS .....	110
Anexo 1 – Apresentação e legitimação da entrevista.....	111
Anexo 2 – Consentimento informado .....	112
Anexo 3 – Caracterização da situação do idoso .....	113
Anexo 4 – Entrevista semi-estruturada .....	114

## INTRODUÇÃO

O luto pode representar um processo de grande impacto no idoso, pois traz consigo perdas pessoais e sociais decorrentes da velhice ser estigmatizada como fase da invalidez ou da condescendência. Fazer face a este evento de vida pode ser doloroso e moroso. Perceber como os idosos o resolvem, quais os recursos que dispõem e de que forma os mobilizam, torna-se fundamental.

A morte do cônjuge é sempre uma experiência marcante e, por vezes, assustadora para o idoso. O luto atinge níveis elevados de stress e os indivíduos que sofrem perdas tornam-se mais vulneráveis, principalmente, no primeiro ano após a perda.

A morte de quem se gosta provoca rupturas profundas, requerendo ajustamentos no modo de se perceber o mundo e de se fazer planos para continuar vivendo nele. Contudo, as reacções ao processo de perda, sejam a nível físico, emocional, social ou espiritual, processam-se de maneira diferenciada entre as pessoas e dependem de várias situações que circundam a morte, tais como, o tipo de relacionamento que existia, a idade, a forma como a morte ocorreu. No âmbito familiar, os sobreviventes apoiam-se mutuamente em prol da superação da perda.

Quando a perda ocorre numa idade avançada, em que da família no lar apenas resta o casal, a adaptação ao novo quotidiano é difícil para qualquer dos cônjuges sobreviventes. O viúvo terá de passar a gerir as lides domésticas, envolvendo-se directamente nelas ou admitindo alguém que o faça. No primeiro caso, pela ausência de experiência, fará acumular frustrações às decorrentes do luto por perder qualidade de vida: numa sopa que não sabe cozinhar, numas calças que não sabe vincar, o pó que não é capaz de limpar. No segundo caso, a presença de uma nova pessoa no lar para substituir em parte o mundo que era exclusivo da esposa, será uma marca muito amarga da sua ausência e acentuará raivas e culpas pela perda e uma angustiante solidão (Rebelo, 2009).

A viuvez provoca perdas diferenciadas que podem, por si só, impossibilitar a vida em condições mínimas e aceitáveis de segurança. Seguindo esta linha de pensamento, conclui-se o quanto a independência do enlutado fica vulnerável e a sua autonomia dependente dos reajustamentos e aprendizagens que terá de fazer. A não realização das adaptações necessárias limitarão a funcionalidade e a independência do enlutado.

É fundamental, para a adequação das estratégias de reabilitação psicossocial, compreender o processo de luto nos idosos e como fazem valer os seus recursos face à vulnerabilidade imposta pela viuvez na promoção da resiliência

A reestruturação da vida após o falecimento do cônjuge pode ser mais ou menos morosa, solitária ou apoiada, com ganhos ou perda de papéis, emocionalmente desgastante ou encarada com naturalidade, com maiores ou menores recursos internos e/ou externos. Interpretar como actuam os diferentes factores de risco e de protecção na viuvez, remete-nos para o processo de resiliência.

O objectivo da dissertação realizada passa por compreender o modo como os idosos resolvem o luto, analisar as implicações e transformações nas suas vidas e as adaptações daí decorrentes. Este esforço de normalização da vida implica a mobilização de recursos internos e externos.

Este estudo prende-se com o processo de transição gerado pela viuvez, por morte do cônjuge e pelo coping reconhecido pelos idosos como sendo ou tendo sido importante para a manutenção da sua autonomia. Esta noção de continuidade e independência que alguns idosos parecem perpetuar, apesar da perda ocorrida, remete-nos para o conceito de vida activa, com superação das dificuldades impostas pela viuvez e o alcance de resultados positivos. Esta conjugação da condição de vida vulnerável e de factores adjacentes de risco ou protecção, impele a compreensão do processo de resiliência no luto dos idosos viúvos.

O campo da investigação da resiliência ainda está numa fase inicial, especialmente nos idosos. Estudos em curso relacionados com a resiliência nos idosos são necessários, pois, fornecerão uma base empírica para o desenvolvimento das características resilientes ao longo de todo o percurso de vida e, em última análise, melhoram a prática gerontológica. Para entender como, quando e onde intervir para desenvolver e apoiar as características de resiliência em toda a extensão do desenvolvimento, é crucial para os cuidadores de saúde encontrarem as principais estratégias de prevenção ou de intervenção que ajudem a desenvolver, apoiar ou sustentar recursos identificados como sendo resilientes.

A resiliência e a sua promoção significam a potencialização dos recursos para os idosos, capacitando-os com a optimização das suas capacidades e identificando os recursos externos capazes de projectar positivamente a sua saúde. Esta optimização de recursos favorecerá a superação dos riscos com que o idoso possa ser confrontado. Potenciar a resiliência promove a regeneração e a renovação, e auxilia os idosos a

desenvolver as capacidades para enfrentarem as adversidades, melhorando a sua qualidade de vida.

Assim, os motivos que levaram à escolha da “resiliência no luto” como processo de reestruturação da vida e adaptação face à vulnerabilidade desencadeada pela perda do companheiro, foram:

- a importância que os temas relativos à esfera social na idade adulta e do envelhecimento têm vindo a assumir na literatura, devido certamente à evolução sócio-demográfica a que se assiste no mundo ocidental e que faz dos indivíduos situados "na velhice" um grupo populacional cada vez mais significativo, introduzindo a necessidade de se compreender melhor um período da vida;

- a importância que a resiliência, na reabilitação psicossocial e na promoção das potencialidades dos idosos, vem assumindo, no quadro de um envelhecimento activo, com especial relevo na viuvez.

## PRIMEIRA PARTE

### RESILIÊNCIA NO IDOSO VIÚVO

#### 1. Viuvez e luto

O envelhecimento, por si só, pode ser considerado uma situação de vulnerabilidade pessoal. A desacreditação familiar e social nas potencialidades dos idosos motivo suficiente para que o envelhecimento saudável e activo fique verdadeiramente condicionado. A disponibilidade familiar em prestar apoio aos seus elementos mais velhos não se coaduna, muitas vezes, com as reais necessidades destes, pecando por escassa. Também a percepção da sociedade sobre os idosos tende a ser desfasada, desvalorizando as capacidades dos idosos e minimizando a funcionalidade destes na comunidade. A viuvez pode agravar este quadro de vulnerabilidade.

A viuvez exige ao idoso uma reformulação da sua vida, construção de novos papéis na sociedade, alteração de rotinas e hábitos de vida, aprendizagens e reestruturações pessoais face às novas exigências com que é confrontado. O luto pode representar um processo de grande impacto no idoso, devido às perdas pessoais e sociais, decorrentes da velhice, serem estigmatizadas como fase da invalidez ou da condescendência (Oliveira & Lopes, 2008).

A perda de entes queridos, especialmente do cônjuge, é uma das perdas mais frequentes na velhice. Tal como refere Sousa (2004), na velhice a morte adquire especificidades, uma das mais salientes é a coexistência mais próxima com outras perdas. Várias investigações apontam que, relativamente aos idosos, a morte de uma pessoa próxima poderá ter consequências na vulnerabilidade geral do indivíduo. Com alguma frequência este facto é potenciador de problemas psicossomáticos ou do agravamento de um estado de saúde débil já anteriormente instalado (Berguer, 1995).

A carência de contactos sociais significativos dificulta a adaptação do indivíduo a este seu novo papel: a viuvez. Os elementos que poderão atenuar os efeitos da viuvez são: uma rede de apoio social satisfatória, que implica o apoio de filhos e o estabelecimento de amizades; lidar com a tensão de forma adequada; competências pessoais para lidar com situações de stress e compromisso religioso. Outras características que parecem estar relacionadas com a adaptação à viuvez são: o género, idade, recursos económicos, nível educativo, personalidade e condições de saúde.

Os seres humanos são eminentemente sociais e a desvinculação da sua rede social tem, em qualquer período da vida, consequências negativas. Os idosos que

percorreram um caminho maior, despenderam mais tempo a viver em comunidade, lutaram mais por alguém ou por algo, estiveram vinculados a um ou mais ambientes por mais tempo, sentem-se afectadas pelo isolamento e pela perda de interesses, quando ocorre a perda desses suportes (Fernández-Ballesteros, 2002).

O trabalho de luto é um processo cognitivo que implica que a pessoa se confronte com a sua perda, lide com os acontecimentos anteriores à e na altura da morte, se foque nas memórias relacionadas com a pessoa falecida e encare o “mundo diferente” em que tem agora de viver (Worden, 2001).

O luto consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases. Sanders (1999) considera que o luto representa o estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda, sendo um termo global para descrever o vasto leque de emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem como resultado dessa perda.

Bowlby (1998) propõe quatro estádios para o luto, envolvendo entorpecimento, anseio e busca pela figura perdida, desorganização e desespero, e por fim reorganização. Bee (1997) propõe cinco estádios: choque, percepção da perda, conservação e retraimento, cicatrização e renovação. Porém, para muitos autores o luto não ocorre em estádios fixos. Para Bowlby (1998), à medida que o primeiro ano de luto vai transcorrendo a maioria dos enlutados verifica ser possível estabelecer uma distinção entre padrões de pensamento, sentimento e comportamento que, evidentemente, já não são adequados, e outros que podem ser conservados. O autor exemplifica esta questão quando afirma que 50% das viúvas de uma pesquisa disseram que ainda passavam muito tempo pensando nos maridos e que às vezes tinham a sensação de que eles realmente estavam presentes.

A viuvez é um facto comum na nossa sociedade, caracterizado pela perda do companheiro de vida. A situação de viuvez é uma situação especial, não planeada, que provoca modificações na vida das pessoas. Representa, por sua vez, uma inesperada quebra do equilíbrio, real ou suposto, das relações familiares, sociais, económicas e culturais, a qual faz com que o indivíduo estabeleça novos arranjos em grupo (Motta, 2004).

### **1.1 Comportamentos e emoções no luto**

Para Bowlby (1998), embora as reacções emocionais e psicológicas face à perda de um cônjuge sejam muito semelhantes entre viúvos e viúvas, há diferença na

liberdade com que as emoções se expressam, e também na maneira pela qual são feitas tentativas para enfrentar uma vida social e de trabalho que sofreu uma ruptura.

O luto normal caracteriza-se por um conjunto de sentimentos e comportamentos que são comuns após uma perda. O facto de eles ocorrerem só começa a constituir um problema se tal se verificar por um período anormalmente longo ou com uma intensidade excessiva (Worden, 2001).

Worden (2001) foca diversos sentimentos e comportamentos importantes na abordagem à viuvez:

A **tristeza** é o sentimento mais comum entre as pessoas que sofreram uma perda. Apesar de não se manifestar necessariamente por lágrimas, estas são a sua expressão mais frequente. Algumas pessoas têm medo da tristeza, mais especificamente da sua intensidade, podendo tentar bloqueá-la através do envolvimento em múltiplas actividades. No entanto, podem acabar por ser surpreendidas quando, à noite, a tristeza foge ao seu controlo e acaba por se manifestar. Não permitir que a tristeza seja expressada, com ou sem lágrimas, faz com que, frequentemente, o processo de luto seja dificultado.

Também é muito comum que, após uma perda, as pessoas sintam **raiva**. A raiva pode tornar-se um sentimento bastante confuso para a pessoa, podendo, por isso, dar origem a vários problemas no processo de luto. Se a pessoa não a reconhecer adequadamente, o luto pode complicar-se. A raiva pode provir de duas origens: de um sentimento de frustração por a pessoa não poder ter feito nada para evitar a morte ou de um tipo de experiência regressiva que ocorre após a perda de uma pessoa chegada. Quando perdemos alguém importante, temos tendência para regredir, para nos sentirmos desamparados e incapazes de viver sem a pessoa e, de seguida, para sentir a raiva que acompanha a ansiedade. Muitas vezes, as pessoas lidam mal com a raiva, canalizando-a para outra pessoa que culpam pela morte que ocorreu. As pessoas pensam que, se houver alguém que possam culpar, significa que essa pessoa é responsável e que, portanto, a perda poderia ter sido evitada. As pessoas podem culpar os médicos, os agentes funerários, pessoas da família, amigos ou até Deus. Outro dos perigos da raiva é a possibilidade de as pessoas a dirigirem para si próprias, o que pode levar a uma depressão grave e, nos casos mais extremos, a comportamentos suicidas.

As pessoas podem sentir **culpa e auto-recriminação** por vários motivos, sendo o mais comum o facto de não terem sido mais atenciosas ou não terem levado a pessoa para o hospital mais cedo. Normalmente, a culpa manifesta-se em relação a algo que

aconteceu ou a algo a que não se prestou atenção perto da altura da morte. Na maioria das vezes, trata-se de um sentimento de culpa irracional.

O grau de **ansiedade** pode variar entre uma ligeira sensação de insegurança e um ataque de pânico intenso. Quanto mais intensa e persistente é a ansiedade, maior a probabilidade de estarmos perante uma reacção anormal de luto. A ansiedade deriva principalmente de duas fontes: em primeiro lugar, a pessoa que continua viva pode temer não ser capaz de tomar conta de si sozinha, pensando que não conseguirá sobreviver sem a pessoa que morreu; por outro lado, a ansiedade pode estar relacionada com o aumento da consciência da nossa própria mortalidade, através da morte de alguém próximo. Em casos extremos, esta ansiedade pode tornar-se numa verdadeira fobia.

O sentimento de **solidão**, é referido principalmente por aqueles que perderam o cônjuge ou alguém com quem tinham uma relação que se caracterizava pelo contacto diário. As pessoas podem sentir-se emocionalmente ou socialmente sozinhas.

A **fadiga** é muitas vezes sentida como apatia ou desinteresse e os seus elevados níveis podem surpreender as pessoas que costumavam ser bastante activas.

O **desamparo** é um sentimento que se verifica principalmente na primeira fase após uma perda.

A ocorrência de **choque** é mais frequente ocorrer em situações de morte repentina e inesperada. Pode, no entanto, acontecer também em casos de morte por doença prolongada.

A **ânsia** é uma resposta normal à perda e, quando a sua intensidade começa a diminuir, pode querer dizer que o luto está a chegar ao fim. Quando a ânsia de voltar a ter a pessoa consigo não desaparece, pode ser um sinal de que estamos perante um caso de luto traumático.

O surgimento da **emancipação** pode ser um sentimento positivo que se verifica após uma morte, sobretudo quando as pessoas sentem que, após a morte de determinada pessoa, começaram a ter mais liberdade.

As pessoas sentem **alívio** principalmente em situações em que a causa da morte se deveu a uma doença prolongada ou dolorosa. Também pode acontecer em ocasiões em que a pessoa falecida era alguém com quem o indivíduo tinha uma relação difícil. Normalmente, o sentimento de alívio vem acompanhado por um sentimento de culpa.

Algumas pessoas referem **entorpecimento**, que é comum na primeira fase do processo de luto, normalmente após serem informadas da notícia da morte. É provável que isto ocorra devido à enorme quantidade de sentimentos com que a pessoa tem de

lidar simultaneamente; A pessoa sente-se adormecida como protecção para esta enchente de emoções;

As **sensações físicas** mais referidas pelas pessoas aquando de um processo de luto são: vazio no estômago; aperto no peito; aperto na garganta; sensibilidade acrescida ao barulho; sensação de despersonalização (nada parece real); falta de ar; fraqueza nos músculos; boca seca.

Em relação às **cognições**, determinados pensamentos são comuns nas fases iniciais do luto e costumam desaparecer após um curto período de tempo. Por vezes, os pensamentos podem persistir, desencadeando sentimentos que podem conduzir à depressão ou à ansiedade.

A **incredulidade** costuma ser o primeiro pensamento a ocorrer após ouvirmos a notícia de uma morte, sobretudo quando esta é inesperada.

As pessoas costumam ficar com **confusão** e queixarem-se do facto de não conseguirem pôr as ideias em ordem, não conseguirem concentrar-se ou de esquecerem-se das coisas.

A obsessão com pensamentos acerca da pessoa que morreu inclui frequentemente pensamentos obsessivos acerca de como recuperar a pessoa que perderam. A **preocupação** pode assumir a forma de pensamentos ou imagens intrusivas da pessoa falecida a sofrer ou a morrer.

Uma **sensação de presença** da pessoa que morreu, na mesma dimensão temporal ou espacial, pode acontecer, sobretudo, nos dias imediatamente a seguir à morte.

As **alucinações**, tanto visuais como auditivas, são consideradas um acontecimento normal na experiência de luto. Trata-se de experiências ilusórias que são normalmente passageiras, ocorrendo com frequência umas semanas após a morte, e não são indicadores de luto complicado ou difícil. Embora possam incomodar as pessoas, há quem as considere úteis.

As **alterações de sono** podem incluir dificuldade em adormecer ou insónia matinal. Costumam desaparecer por si com o passar do tempo. No entanto, se persistirem, poderão indicar uma perturbação depressiva. As perturbações de sono podem também simbolizar vários medos, como o medo de estar sozinho na cama, o medo de sonhar ou o medo de não acordar.

**Alterações de apetite** podem traduzir-se em maior ou menor ingestão de alimentos, sendo a segunda hipótese a mais frequente. Em consequência disso, pode haver alterações de peso significativas durante este período.

O **esquecimento e a distração** podem levar, inclusivamente, a que a pessoa faça coisas que possam prejudicá-la ou trazer-lhe inconvenientes.

A vontade de **isolamento social** durante o período de luto costuma ser apenas temporária e resolver-se sozinha. As pessoas podem querer afastar-se de amigos demasiado solícitos ou, por outro lado, podem estar a demonstrar um desinteresse no mundo exterior.

**Ter sonhos com a pessoa que morreu** é comum, sejam sonhos comuns ou pesadelos perturbadores.

Algumas pessoas optam por **evitar tudo o que faça lembrar a pessoa que morreu**, evitar locais ou objectos que desencadeiem sentimentos dolorosos de luto. Podem evitar o sítio onde a pessoa morreu e o cemitério ou evitar objectos que as relembrem da pessoa que perderam. Quando os indivíduos optam por se desfazer rapidamente de todas as coisas associadas à pessoa que morreu, inclusivamente do corpo, tal pode levar a uma reacção de luto complicado. Normalmente, não é um comportamento saudável e pode constituir um indicador de uma relação muito ambivalente com a pessoa que morreu;

É bastante comum, no período imediatamente após a morte, **procurar e chamar a pessoa que morreu**; as pessoas podem, até, confundir indivíduos com quem se cruzam na rua com aquele que perderam.

Os **suspiros** são um comportamento frequente que está muito relacionado com a sensação de falta de ar, tal como a **agitação** e o **desassossego** que manifestam-se pela incapacidade de estar parado e quieto.

Está provado que o **choro** as lágrimas ajudam a aliviar o sofrimento emocional, apesar de ainda não se saber quais os mecanismos através dos quais isso ocorre;

Finalmente, **visitar locais ou transportar objectos que façam lembrar a pessoa que morre, e estimar objectos que pertenciam à pessoa que morreu**, pode indicar o medo de perder memórias do falecido.

A abordagem do luto por Parkes (1998) envolve uma sucessão de quadros clínicos, que se alternam indiscriminadamente. Entre estes estão o entorpecimento, que depois resulta na saudade ou procura pelo outro, surgindo após estes sentimentos a desorganização e o desespero. Só depois ocorre a recuperação. Cada uma destas fases tem características próprias, e há diferenças consideráveis de pessoa para pessoa, tanto no que se refere à duração quanto à forma de cada fase. Além disso, as pessoas podem passar de uma fase para a outra, mesmo passados alguns anos, ao serem confrontadas

com uma lembrança, (como uma fotografia), o que pode desencadear um episódio de dor e saudade.

O luto não é apenas causa de stress, acarreta também perdas diferenciadas. A perda do marido ou mulher pode significar a perda do companheiro, do parceiro sexual, da fonte de rendimentos, do jardineiro, de quem cuida das crianças, daquele que é interlocutor numa conversa, de quem aquece a cama, de protecção e de muitas outras coisas, dependendo dos papéis assumidos pelos parceiros. A necessidade de aprender novos papéis sem o apoio da pessoa com quem se acostumou a contar pode trazer uma experiência de stress muito maior do que o luto em si (Parkes, 1998). Este mesmo autor acrescenta que o luto traz consigo outras perdas secundárias, tal como uma perda de rendimentos. O que pode levar à venda da casa, à mudança de residência ou à mudança de emprego. Seguindo esta linha de pensamento, a independência do enlutado fica vulnerável e a sua autonomia dependente dos reajustamentos e aprendizagens que terá de fazer. A não realização das adaptações necessárias limitar a funcionalidade e a independência do enlutado.

Ao confrontarem-se com as perdas de estatuto e de desempenho de papéis que frequentemente sucedem associadas ao envelhecimento, as pessoas idosas ora demonstram uma incapacidade para responderem de forma positiva a essa alteração, ora se comprometem com novas modalidades de vida pessoal e social, ultrapassando ou prevenindo os efeitos negativos que a condição da velhice poderá implicar. O impacto da reforma, da viuvez, do declínio da saúde e da perda de poder económico deverá ser sempre interpretado de uma forma subjectiva, atendendo ao significado que cada pessoa em concreto lhe atribui (Fonseca, 2004).

Quando a perda ocorre numa idade avançada, em que da família no lar apenas resta o casal, a adaptação ao novo quotidiano será bem mais difícil para qualquer dos cônjuges sobrevivente.

O viúvo terá de passar a gerir as lides domésticas, envolvendo-se directamente nelas ou admitindo alguém que o faça. No primeiro caso, pela ausência de experiência, fará acumular frustrações às decorrentes do luto por perder qualidade de vida, traduzida numa sopa que não sabe cozinhar, numa calças que não sabe vincar ou no pó que não é capaz de limpar. No segundo caso, a presença de uma nova pessoa no lar para substituir em parte o mundo que era exclusivo da esposa será uma marca muito amarga da sua ausência, acentuando raivas e culpas pela perda e uma angustiante solidão (Rebelo, 2009).

Segundo Motta (2004), a viuvez para os homens, é um fenómeno demográfico de incidência baixa, mesmo entre os mais velhos; a repercussão social é tranquila e seu modo de vida pouco se transforma, pois geralmente voltam a casar. Já para as mulheres é uma questão demográfica e cultural envolvendo conceitos extremos que vão da prevaricação ao modelo ímpar de virtude.

A viúva poderá experimentar dificuldades financeiras decorrentes do desaparecimento de uma razoável, eventualmente até única, fonte de rendimento. Mesmo que tal não aconteça, tendo sido o marido a administrar a economia doméstica, poderá ver-se numa situação de pleno desconhecimento de como e onde se realizam acções aparentemente tão simples como pagar a conta da água e da electricidade, ou passar um cheque. Em qualquer uma das circunstâncias é bastante duro para a viúva ter de se adaptar a novas competências com a urgência que a burocracia social exige. O estado de fragilidade emocional em que se encontra, onde é óbvio o desapego face ao mundo e aos seus bens, dada a necessidade de concentração inicialmente obsessiva na pessoa perdida, poderá ser agravado de forma drástica pela exigência em realizar tarefas para as quais não só não possui competências mínimas como não tem disponibilidade para as adquirir (Rebelo, 2009).

Lessa (1998) chama a atenção para um factor importante para a população idosa, que é a história social. A história social tem um papel determinante nas patologias do idoso, mais até do que o próprio estilo de vida e a hereditariedade. Os factores de risco para os idosos, ligados à história social, são chamados por essa autora de patologia social como a causa da patologia orgânica. Alguns factos de ordem social, que ocorrem predominantemente nas idades mais avançadas, parecem influenciar a ampliação da morbilidade e da mortalidade do idoso, tal como a viuvez. A viuvez é um factor de risco mais significativa para a morbilidade entre os viúvos no primeiro ano da morte do cônjuge (Lessa, 1998), o que leva alguns autores a encararem o luto como uma doença que necessita de avaliação e acompanhamento. Tal como Parkes (1998), que considera o luto como uma doença mental, com causalidade bem definida, resultante de um trauma psicológico e com manifestações claras de distúrbios psicológicos, físicos e sociais (Parkes, 1998). Contudo, este mesmo autor explica que a dificuldade de colocar o luto entre as categorias de doenças descritas deriva do facto do luto ser um processo e não um estado, nem um conjunto de sintomas que tem início depois de uma perda e depois, gradualmente se desvanece.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais inclui o luto no grupo de *“Outras condições que podem ser foco de atenção médica”* (Fernandes,

2002), o que possibilita a sua classificação como doença mental, sem o compromisso de criar o rótulo de doente para todos os enlutados.

Outro factor de risco importante para os idosos é a solidão. Ela pode ser vista como resultado das mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas: a redução do núcleo familiar, a participação mais efectiva da mulher no mercado de trabalho fora do lar e a quebra dos vínculos matrimoniais (Lessa, 1998).

A solidão é abordada por diversos autores, que estudam problemáticas nos idosos, tal como Fonseca (2004). Num estudo que investiga a possibilidade de existir algo que ponha seriamente em causa a satisfação de vida na velhice, junto de 130 idosos de ambos os sexos, vivendo quer na comunidade quer em lares de idosos, conclui-se que o sentimento de solidão surge como o principal aspecto de toda a problemática relativa à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico do idoso, independentemente do contexto em que ele vive. Fonseca (2004) que cita Barreto (1984), refere que as principais causas de solidão variam segundo o género; no homem a reforma, na mulher a viuvez. Apesar de as mulheres viverem com maior frequência, o sentimento de solidão parece afectar mais os homens, talvez porque estes o sintam como algo forçado, uma condição negativa, uma privação sem sentido que causa frustração, ao passo que a mulher parece encarar essa solidão de forma mais natural, para a qual se preparou durante longos anos de vida (Fonseca, 2004).

Os sentimentos que acompanham o luto são diversos, contribuindo directamente ou indirectamente para a diminuição da autonomia e funcionalidade, tal como contribuem o surgimento de sensações físicas, comprometimentos cognitivos e alterações comportamentais (Worden, 2001). Muitos dos comportamentos normais de luto podem ser confundidos com sintomas depressivos, até porque ambas as situações se podem caracterizar por tristeza intensa e alterações de sono e apetite. O que as distingue é o facto de o luto não se caracterizar pela diminuição da auto-estima que quase sempre acompanha a depressão. As pessoas que estão deprimidas têm pensamentos negativos acerca de si, dos outros e do mundo, o que não costuma acontecer em quem apenas está de luto. É um facto que o luto pode dar origem a uma depressão. A maioria das depressões que acontecem associadas ao luto são passageiras e não exigem acompanhamento profissional. No entanto, se persistirem após o primeiro ano de luto, são consideradas clinicamente significativas (Worden, 2001).

## 1.2 Perdas associadas ao luto

O luto pode representar um processo de grande impacto no idoso, devido às perdas pessoais e sociais, decorrentes da velhice, serem estigmatizadas como equivalentes à invalidez ou condescendência. Por isso, devemos considerar que trabalhar emocionalmente as perdas decorrentes de alterações físicas e do isolamento social é uma tarefa complicada, pior quando associadas à morte do cônjuge (Oliveira & Lopes, 2008).

Além das reações de pesar, para Parkes (1998), existem outros dois factores que são determinantes para qualificar a reacção global a uma perda; são eles o estigma e a privação. O estigma é referente à mudança de atitudes que ocorre na sociedade quando uma pessoa morre. Os amigos próximos ficam sem saber como estar e intervir junto do viúvo. As acções afectivas acabam, com frequência, por não serem as mais adequadas e eficazes. Apenas os que já passaram por uma experiência semelhante conseguem dar algum apoio necessário. Parkes (1998) faz referência à pesquisa sobre o luto e pesar na Inglaterra contemporânea, para explicar a dificuldade em aceitar que os viúvos necessitam de ter tempo para viver o luto, e em prestar-lhes o apoio necessário.

A privação, para Parkes (1998), implica ausência de uma pessoa ou objecto necessários, sendo o oposto à perda de uma pessoa ou objecto, em que o enlutado reage tanto à perda como à privação. Pesar é a reacção à perda, solidão é a reacção à privação. Privação significa a falta dos “suprimentos” essenciais, oferecidos pelo companheiro, anteriormente desempenhados. Para melhor explicar esta necessidade psicológica, o autor compara-os à comida e bebida, lembrando-nos que as pessoas têm necessidade de outra pessoa, e a perda do cônjuge deixa um grande vazio. Este vazio quando inclui informação, conforto, dinheiro, sexo, e outras coisas que podem derivar de objectos de amor, fica claro que o luto será seguido por privação.

Perda e privação são inseparáveis, o que não permite abordar uma sem a outra. Pode-se afirmar que o pesar, como reacção ao luto, tem a sua maior intensidade imediatamente após a morte, começando depois a diminuir, deixando para trás a reacção à privação. Todavia existem pessoas que habitam-se a ficar em privação.

É difícil aceitar a nossa finitude, sobretudo quando todos os indicadores sociais e científicos tendem a contrariar a morte. A imagem do ser humano produtivo e capaz de resolver os seus problemas, o controlo das doenças, o aumento da longevidade e a cultura de viver o “*dia-a-dia*”, são alguns factores que, somados, facilitam uma imagem parcial do ser humano, apoiando o instinto necessário de sobrevivência. Contudo,

infelizmente, também dificulta a consciencialização da realidade bem mais complexa e menos ilusória (Fernández-Ballesteros, 2002).

Assumir uma perda de modo adaptativo implica, em primeiro lugar, aceitá-la, reconhecê-la, consciencializar-se da sua ausência, mesmo que tal seja doloroso. Em segundo lugar, empreender um caminho árduo de reconstrução do próprio mundo com essa ausência, recolocando os seus afectos em novos objectos de amor, que lhes permita seguir em frente (Fernández-Ballesteros, 2002). A necessidade de espiritualidade, tem sido definida, de modos distintos, com o intuito de perceber a dimensão do ser humano presente em todo o ciclo vital e de modo mais acentuado na viuvez. Fernández-Ballesteros (2002) explica estas necessidades espirituais do seguinte modo:

- a necessidade de ser reconhecida como pessoa;
- a necessidade de recordar a vida;
- a necessidade de encontrar sentido para a sua existência e para o seu futuro;
- a necessidade de libertar-se da culpa (encontrar explicação para o que está mal e não viver as dificuldades como um castigo derivado da própria vida);
- a necessidade de reconciliação;
- a necessidade de depositar a vida em algo mais do que no próprio;
- a necessidade de continuidade;
- a necessidade de esperança real e não de ilusões vãs (busca da satisfação pessoal através da reconceptualização e redefinição de esperança);
- a necessidade de expressar sentimentos religiosos (pode ter diferentes significados, tal como a expressão de fé na busca de transcendência ou de reconciliação);

Nem todas estas necessidades manifestam-se em todas as pessoas. Contudo, são parte integrante destas e podem aparecer indiscriminadamente (Fernández-Ballesteros, 2002).

Alguns indivíduos enlutados, independentemente das mortes dos seus parceiros terem sido esperadas ou não, ao recorrerem às suas crenças religiosas como uma forma de encontrar significado e sentido do que aconteceu, superam e resolvem mais facilmente o luto (Caserta, Lund, Utz, & Vries, 2009).

O luto é também um fenómeno social, pelo que deve ser partilhado com outras pessoas. O grau de apoio emocional e social que as pessoas sentem dos outros, seja dentro ou fora da família, é importante no processo de luto. A dificuldade está no facto

de que, normalmente, o apoio social só está disponível perto da altura da morte ou pouco depois. Alguns meses depois, quando a pessoa se apercebe de tudo o que perdeu, ao perder a pessoa amada, aqueles que estiveram no funeral podem já não estar presentes ou, caso estejam, podem apenas incentivar a pessoa a esquecer e a seguir a sua vida. Mais importante do que a mera disponibilidade, é a percepção que as pessoas têm do apoio social e a sua satisfação com ele. A satisfação prende-se sobretudo com o tempo passado com os outros – integração social – e com a confiança nos outros – utilização do apoio social. As pessoas que têm vários papéis sociais (cônjuge, familiar, amigo, profissional, membro de um grupo político, religioso, desportivo ou recreativo) parecem adaptar-se melhor à perda do que aquelas que não têm. As pessoas podem também obter ganhos secundários com o luto, o que pode influenciar a sua duração (por exemplo, podem conseguir a aproximação da rede social). No entanto, quando o luto é prolongado, pode ter o efeito contrário e levar ao afastamento da rede social (Worden, 2001).

As várias subculturas a que cada um de nós pertence, sejam étnicas ou religiosas, dão-nos uma orientação e definem rituais de comportamento, nomeadamente, em relação ao luto (Worden, 2001).

As mudanças e as crises que ocorrem após uma morte também constituem factores que podem influenciar o luto. É inevitável que existam algumas mudanças, mas há certas pessoas e famílias que sentem níveis elevados de ruptura (perdas secundárias) após uma perda (por exemplo, a nível económico) (Worden, 2001).

As relações de elevada dependência dificultam o luto, uma vez que a pessoa que continua viva perde a fonte dessa dependência e passa por uma mudança na sua auto-imagem, deixando de ser uma pessoa forte, apoiada por uma relação com outra pessoa forte, para voltar a uma estrutura pré existente de uma pessoa fraca e desamparada, que suplica em vão por ser salva por uma pessoa que perdeu ou que a abandonou (Worden, 2001).

Ao considerarmos a família como um sistema social que perdeu um dos seus membros, poderão coexistir ou ocorrer separadamente as seguintes situações: a não realização dos papéis e funções realizadas pelo membro perdido; a sua substituição por outro fora da família; a execução dos papéis por um membro dentro da família; e/ou o sistema social ir à falência (Parkes, 1998).

A fase inicial do luto é um período no qual a família, os amigos e os profissionais, devem estar disponíveis para aliviar os recém-enlutados de alguns dos seus papéis e obrigações; posteriormente, o enlutado deverá receber ajuda para

restabelecer a sua autonomia, período este que se caracteriza pela reconstrução duma nova vida (Parkes, 1998).

O luto pode ser revelador duma realidade crescente, de isolamento do idoso em relação à restante sociedade quer seja por ausência de apoio familiar, ou por indisponibilidade dos filhos em cuidarem dos pais, ou mesmo porque o idoso não “*preparou a sua velhice*”, atempadamente.

## **2. Resiliência**

Todas as pessoas, independentemente da idade, têm potencial de desenvolvimento e adaptabilidade face às alterações ocorridas nas suas vidas, tendendo a maximizar os aspectos positivos e a minimizar os negativos que vão surgindo. O envelhecimento bem sucedido caracteriza-se como uma competência adaptativa generalizada para responder com flexibilidade aos desafios (Liberalesso & Neri, 2000).

Assim, parte da resposta face ao desafio da promoção de um envelhecimento saudável passa pela potencialização da resiliência no idoso, tornando-a indissociável desta demanda. Nesse sentido, a resiliência pode ser descrita como um factor relevante para que o idoso mantenha o seu nível de bem-estar (Hardy, 2004). Segundo a *Carta de Ottawa* (Saúde, 1986), a promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Esta necessidade constante de prevenção e promoção da saúde, é tão ou mais importante nos idosos quanto nas outras idades da vida. Isso porque, com a idade, a vulnerabilidade tende a aumentar e os recursos tendem a diminuir, seja por factores inerentes ao próprio, como por factores alheios ao mesmo. Esta razão acentua a importância da promoção da saúde junto da população idosa.

O enfoque da resiliência está dirigido às situações que visam o estudo do desenvolvimento humano sadio e positivo. Ao considerar o indivíduo como um ser activo face ao ambiente, assume-se que, quanto mais resistente for o idoso às condições desfavoráveis e stressantes da vida, mais activamente desenvolverá estratégias capazes de o beneficiar. Além da possibilidade de compreender as situações que gerem stress, os estudos sobre resiliência permitem uma investigação também sobre os aspectos que minimizam os efeitos decorrentes de tais situações, principalmente porque rompe com a

noção de que o indivíduo se encontra preso a um ciclo de vida sem saída (Dell'Aglio, Koller, & Yunes, 2006).

O estudo da resiliência implica um entendimento dinâmico e de relação entre vários factores. É por meio de comportamentos adaptados em resposta a riscos que a resiliência aparece, sendo o risco uma condição imprescindível para se pensar em resultados resilientes. Da mesma forma, a vulnerabilidade não se manifesta sem a presença de risco. Nesse sentido, é condição para analisar os processos de resiliência e vulnerabilidade, uma investigação de factores de risco e protecção (Dell'Aglio, Koller, & Yunes, 2006). A vivência de situações adversas desencadeia nos indivíduos respostas diversas, algumas eficientes, outras que os expõem a riscos ainda maiores. O comportamento dos indivíduos diante de situações de risco depende da sua vulnerabilidade (Dell'Aglio, Koller, & Yunes, 2006).

Em termos conceptuais, a resiliência refere-se ao processo que actua na presença do risco e através do qual são produzidos resultados tão bons ou ainda melhores do que os obtidos na ausência de adversidades. Assim, indivíduos considerados resilientes são aqueles que ao invés de evitarem o risco, demonstram boa adaptação face a ele (Cowan, 1996). Pode-se dizer ainda que a resiliência diz respeito a variações individuais, num sentido positivo, em resposta ao risco. Assim, alguns indivíduos são afectados negativamente pelo stress e pelas adversidades, enquanto outros conseguem lidar satisfatoriamente com eles. Não se trata, porém, de caracterizar a resiliência como um atributo fixo da pessoa. O mesmo indivíduo pode reagir bem ao risco num certo momento de vida e, em outro, não conseguir fazê-lo, obtendo, desse modo, resultados negativos (Rutter, 1985). Para Masten, a resiliência é compreendida como um tipo de fenómeno que leva a bons resultados, apesar das ameaças à adaptação e ao desenvolvimento individual (Masten, 2001).

O conceito de resiliência pode ser considerado como uma resposta complementar à abordagem da vulnerabilidade, mas não corresponde à ideia de invencibilidade; remete, pelo contrário, para a ideia de flexibilidade e de adaptação.

Muitos autores argumentam contra a conceptualização de resiliência como uma característica individual. Em vez disso, pode ser entendida como uma interacção entre as condições ambientais, factores individuais e tarefas de desenvolvimento, sob circunstâncias particulares que ajudam o indivíduo a evitar resultados negativos. Como se vive cada vez mais, a qualidade de vida para os idosos será uma preocupação emergente, especialmente a relacionada com perdas pessoais e com os riscos para a saúde física que tendem a aumentar com a idade.

O campo de investigação da resiliência ainda está numa fase inicial, especialmente nos idosos. Estudos em curso relacionados com a resiliência nos idosos são necessários, pois, fornecerão uma base empírica para o desenvolvimento das características resilientes ao longo de todo o percurso de vida, melhorando a prática clínica gerontológica e geriátrica. Para entender como, quando e onde intervir, para desenvolver e apoiar as características de resiliência em toda a extensão do desenvolvimento, é crucial para os cuidadores de saúde encontrarem as principais estratégias de prevenção ou de intervenção que ajudem a desenvolver, apoiar ou sustentar recursos identificados como de resiliência. Isto de forma a evitar distúrbios psicológicos ou psicopatológicos, garantindo assim vidas felizes e gratificantes para os idosos.

Apesar de o envelhecimento ser um processo globalizado, podemos ver a passagem dos anos de uma maneira saudável, adaptando-nos às limitações (Deecken, 1997). A promoção de resiliência no idoso permite uma abordagem de investimento contínuo e focalizado na superação das dificuldades vivenciadas pelo idoso.

Num estudo sobre a resiliência em idosos e a sua relação com variáveis sócio-demográficas e funções cognitivas, Fortes (2009) verificaram que a resiliência não surgia associada às variáveis sócio-demográficas género, idade, escolaridade e rendimento. Verifica-se, antes, uma correlação directa e significativa entre a *Escala de Resiliência* e o *Mini Exame do Estado Mental*: quanto mais resiliente o idoso se apresentou, mais preservada estava a sua memória e a sua força cognitiva geral (Fortes, Portuguez, & Argimon, 2009).

### **2.1 Vulnerabilidade, risco e protecção**

Originalmente caracterizada através de resultados positivos ou com base em traços de personalidade, a resiliência é, hoje, definida como um processo que engloba características individuais (auto estima e auto eficácia) e factores sociais, como a rede de apoio social e a coesão familiar (Hardy, 2004).

Para muitos idosos, a rede social é sinónimo de família, sendo os seus vínculos constituídos essencialmente por familiares multigeracionais, na maioria das situações, são estas redes multigeracionais que dão resposta às necessidades dos idosos. Por outro lado, os idosos também são portadores de outras redes sociais, onde os familiares existem a par de outro tipo de vínculo (Figueiredo, 2007). Ao ampliar e consolidar as redes sociais dessas pessoas, conseguimos que elas passem a aceitar melhor o envelhecimento, resultando efectivamente numa melhoria da qualidade das suas vidas

(Cidrack, 2004). Estes mesmos autores alertam para o risco da existência de factores protectores em demasia, os quais poderão funcionar como um risco, provocando dependências e impedindo o desenvolvimento de capacidades, estratégias e recursos individuais.

Quanto às características individuais, evidências revelam que um sentido positivo e de convicção nas próprias capacidades para lidar com os desafios da vida, podem, de facto, desempenhar um papel protector para o indivíduo. Todavia, o excesso de auto-estima pode desencadear personalidades “*arrogantes*”, não permitindo abertura para a mudança (Rutter, 1985).

Apesar dos riscos associados a várias perdas na vida do idoso, existem evidências que sugerem que muitos factores psicológicos associados a esta população são positivos, existindo baixas taxas de doenças psiquiátricas e alto nível de bem-estar (Collins, 2005).

Os idosos, sendo mais vulneráveis, têm de modificar os seus mecanismos de defesa para se adaptarem às novas exigências. Para conseguirem manter a auto-imagem e capacitarem-se face a necessidades fundamentais, os idosos têm de modificar as suas normas, os seus objectivos e as suas estratégias de comportamento (Berger, 1995).

A resiliência é um conceito multifacetado, contextual e dinâmico (Masten, 2001), no qual os factores de protecção têm a função de interagir com os eventos de vida e accionar processos que possibilitem incrementar a adaptação e a saúde emocional. Segundo Rutter (1985), os factores de protecção referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram as respostas individuais a determinados riscos de desadaptação (Rutter, 1985). Os factores de risco relacionam-se com eventos negativos de vida e, quando presentes, aumentam a probabilidade de a pessoa apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais (Cowan, 1996).

A partir da observação de famílias desfavorecidas, Whitbourne conclui que a resiliência assenta em três tipos de factores de protecção (Whitbourne, 2001). Segundo a autora, a tríade da força psicológica da resiliência é composta por: factores individuais (o temperamento, a reflexão, as capacidades cognitivas, sentimentos de empatia, humor e as competências sociais), factores familiares (o calor humano, a coesão e a atenção por parte do principal prestador de cuidados) e factores de suporte (rede de apoio familiar, sistema de serviços sociais). Segundo Fonagy, esses três pólos de protecção favorecem a resiliência porque melhoram a auto estima e a auto eficácia, abrindo novas possibilidades para o sujeito (Fonagy, 2001).

## 2.2 Coping no idoso

O conceito de coping tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou stressantes.

Além das questões individuais e circunstanciais que influenciam as estratégias de coping, alguns autores têm demonstrado que a idade também apresenta considerável influência da elaboração de diferentes estilos de coping (Whitty, 2003).

O conceito de coping foi descrito por Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira (1998) como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou stressantes. Segundo estes autores, que citam Folkman e Lazarus (1980), a definição de coping envolve quatro conceitos principais: (a) coping é um processo ou uma interacção que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação stressora, ao invés de controlo ou domínio da mesma; (c) os processos de coping pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o coping constitui-se em uma mobilização consciente, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências internas ou externas que surgem da sua interacção com o ambiente (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998).

Numa perspectiva cognitivista, Folkman e Lazarus (1980) propõem um modelo que divide o coping em duas categorias funcionais: coping focalizado no problema e coping focalizado na emoção. Esta construção baseou-se em análises factoriais que geraram dois factores principais utilizados pelos pesquisadores para definir os dois tipos de estratégias de coping. Nesta perspectiva, o coping é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objectivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais. Esta definição implica que as estratégias de coping são acções deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas. Portanto, mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais, como negação, deslocamento e regressão, não podem ser considerados como estratégias de coping.

Filhos & Brietzke (2008), num artigo teórico, dividem a estrutura do *coping* em quatro níveis, com o nível inferior correspondendo às “instâncias” de *coping* e o nível superior correspondendo às “estratégias de adaptação”. Introduzindo a hipótese de que o *coping* se aproxima das funções executivas, propõem que o *coping* ocorre através de um controle primário, ou acção directa na fonte de stress/emoções, de um controle

secundário ou adaptação à fonte de stress, e do desligamento ou escape da fonte de stress/emoções desagradáveis. Também argumentam que o *coping* envolve a avaliação, planeamento, análise e antecipação dos resultados, processos tipicamente vinculados às funções executivas.

Os idosos, sendo mais vulneráveis, têm de modificar os seus mecanismos de defesa para se adaptarem às novas exigências. Para conseguirem manter a auto-imagem e capacitarem-se face às necessidades fundamentais, os idosos têm de modificar as suas normas, os seus objectivos e as suas estratégias de comportamento (Berger, 1995).

Dois estudos realizados com populações nórdicas dão conta que, em pessoas com mais de 75 anos, aspectos como a viuvez, a mudança involuntária de residência, ou problemas sérios de saúde, podem efectivamente causar problemas de coping, apesar de se verificar igualmente que há indivíduos que apresentam uma elevada capacidade para gerirem as suas vidas quotidianas, mantendo um coping adequado e prosseguindo um estilo de vida saudável (Ruth & Coleman, 1996).

As pessoas têm estilos cognitivos diferentes, sendo umas mais optimistas do que outras. Associada ao optimismo, está a capacidade das pessoas encontrarem algo positivo numa situação má. Todas as pessoas têm crenças acerca do seu valor e da sua capacidade para influenciar aquilo que acontece nas suas vidas. Algumas mortes podem desafiar a auto-estima e a auto-eficácia de uma pessoa, dificultando as adaptações internas inerentes à resolução do luto.

Num estudo sobre o “Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso”, os autores concluíram que as lógicas sobre os significados de saúde e doença gerados pelos idosos referem-se não a analogias ou igualdades, mas às afinidades e similitudes de ideias. As ideias agrupadas em torno das categorias analíticas “participar da vida” e “ancoragem à vida” sobressaíram como as mais utilizadas pelos idosos para avaliar a sua saúde. Os relatos dos idosos neste estudo revelam que a auto-avaliação positiva de saúde encobre certo esforço do idoso no sentido de permanecer activo, preservando a sua identidade e o seu papel no grupo (Penido, Firmo, Filho, & Uchôa, 2010).

O envelhecimento está associado aos processos de maturação ou aquisição de determinada qualidade desejável (Siegler, Poon, Madden, & Kathleen, 1999). A individualidade do envelhecimento psicológico está relacionada com a interpretação que cada indivíduo faz às condições biocomportamentais e sociais, variando em função da idade, a qual gera uma maior predisposição para a vulnerabilidade (Fonseca, 2005).

O bem-estar na velhice está dependente da capacidade do idoso em determinar e executar os seus próprios desígnios (Ramos, 2003). Também não se podem negligenciar

os ganhos dessa fase do ciclo vital, como os ganhos de conhecimento, sabedoria, criatividade, raciocínio e habilidades (Bandura, 1997). Por outro lado, com o avançar da idade, o indivíduo fica mais susceptível a efeitos debilitadores e acompanhado de sentimentos negativos, tais como abandono, inutilidade, falta de autonomia, falta de controlo sobre o meio e sobre si mesmo. Efectivamente, mais tempo para viver não é, necessariamente, melhor tempo para viver (Inui, 2003).

A rede social desempenha uma papel fundamental na reestruturação da vida e na sua manutenção. A sua construção faz-se à medida que o indivíduo se socializa, o que permite que este desenvolva os mais variados e complexos contactos com os outros. É a estrutura da rede do indivíduo que nos permite verificar a funcionalidade ou a disfuncionalidade do seu suporte social. Tal como salienta Ornelas (1994), a situação dos indivíduos isolados socialmente contrasta com a maioria das pessoas que dispõem de um tipo de suporte não estigmatizante, como sejam os seus colegas de trabalho, cônjuge, família, amigos ou profissionais de ajuda (ex: médicos, advogados, entre outros). “Supportive people” é definido como o conjunto de relações através das quais o indivíduo recebe assistência e apoio para lidar com exigências e objectivos a atingir.

A rede social é uma teia de relações e de interacções aprendidas pelo indivíduo como sendo significativas, o que contribui para o reconhecimento de si como sujeito. Indivíduos com uma rede social ampla têm possibilidade de terem uma vida bastante mais satisfatória que outro cuja rede seja mais restrita. Não é, fácil, de facto já que a própria rede vai perdendo o vigor com a idade do indivíduo. Por vezes a restrição espacial a que o indivíduo está sujeito com o avançar da idade e as inevitáveis perdas por morte de alguns vai restringido a própria rede.

Ao longo do ciclo de vida, as redes sociais dos indivíduos mudam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros. Acontecimentos como a reforma ou mudança de residência alteram profundamente esta rede. Com o passar dos anos, os pares vão morrendo e os sobreviventes ficam com menos amigos, as redes degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade. A existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento óptimo (Paúl, 2005).

Vários estudos indicam que, frequentemente, os idosos sentem-se melhor e mais satisfeitos na presença de amigos do que na companhia dos próprios familiares. Com os amigos partilham mais tempo, podem ser mais ajudados e recordem mutuamente memórias passadas. Estas relações de amizade e suporte social, provavelmente

decrecem com a idade, mantendo-se a intensidade as amizades mais próximas mantêm-se, assistindo-se ainda a uma maior selectividade (Oliveira, 2008). Quanto ao género, parece que as mulheres mantêm relações mais positivas e intimas com a família e amigos, mas, por outro lado, também mais conflituosas e frustrantes; assim, se por um lado beneficiam mais dessas relações do que os homens, por outro, sofrem mais, sentindo-se ao mesmo tempo mais empenhadas e responsáveis. Porém, estas diferenças por género parecem esbater-se à medida que se avança na idade (Oliveira, 2008).

### **2.3 Estilos e estratégias de coping**

Os estilos de coping têm sido mais relacionados a características de personalidade ou resultados de coping, enquanto as estratégias referem-se a acções cognitivas ou de comportamento tomado no curso de um episódio particular de stress (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998).

Para Carver e Scheirer (1994), os indivíduos desenvolvem formas próprias de lidar com o stress e estes hábitos ou estilos de coping podem influenciar as reacções em situações futuras. Estes autores definem o estilo de coping não em termos de preferência de um aspecto de coping sobre outros, mas em termos de tendência a usar uma reacção de coping em maior ou menor grau, face a situações de stress. No entanto, os estilos de coping não implicam necessariamente a presença de traços subjacentes de personalidade que predisõem a pessoa a reagir de determinada forma. Ao invés disso, os estilos de coping podem reflectir a tendência para responder de uma forma particular quando confrontados com uma série específica de circunstâncias (Carver & Scheier, 1994).

Ao contrário dos estilos de coping, ligados a factores disposicionais do indivíduo, as estratégias de coping têm sido vinculadas a factores situacionais. Folkman e Lazarus (1980) enfatizam o papel assumido pelas estratégias de coping, apontando que estas estratégias podem mudar de momento para momento, durante os estadios de uma situação stressante. Dada esta variabilidade das reacções dos individuais, estes autores defendem a impossibilidade de se tentar predizer respostas situacionais a partir do estilo típico de coping de uma pessoa. As estratégias de coping reflectem acções, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com o foco de stress

Lazarus e DeLongis (1993) indicam claramente que os processos de coping variam com o desenvolvimento da pessoa. Essa variabilidade ocorre devido a grandes modificações que se processam nas condições de vida, através das experiências vivenciadas pelos indivíduos. Segundo este ponto de vista, não somente o

envelhecimento é levado em consideração, mas também o significado dos eventos stressantes nos diversos momentos da vida dos indivíduos (Lazarus & DeLongis, 1983).

Em resiliência é possível salientar as estratégias de coping contra os infortúnios imprevistos, como a possibilidade do sujeito adequar-se às adversidades. A mobilização face a uma situação de stress leva o sujeito a experienciar as suas forças cognitivas e comportamentais, para tolerar as adversidades do meio. Folkman & Lazarus (1980) denominaram como estratégias de coping todos os esforços cognitivos e comportamentais que a pessoa utiliza para enfrentar a situação de stress. As diferentes maneiras de lidar com as situações stressantes podem constituir padrões de comportamento que poderão, ou não, repetir-se ao longo da vida do indivíduo (Folkman & Lazarus, 1980).

No estudo de Wathier, Wilhelm, Giacomoni, & Dell’Aglío (2007), quanto às estratégias de coping mais utilizadas, foram predominantemente as estratégias de “acção directa” (54.08%), sendo as outras opções a “busca de apoio social” (17.35%), e a “aceitação” (13.27%). Mesmo que a terceira idade ofereça situações com as quais o idoso, em geral, ainda não lidou, ele consegue agir directamente sobre o factor stressante (Wathier, Wilhelm, Giacomoni, & Dell’Aglío, 2007)

No estudo de Fortes (2005), as mulheres utilizaram mais estratégias focadas na religião. Ao contrário das mulheres, os homens neste estudo tenderam a guardar os seus sentimentos, ao invés de buscar apoio em outros, como forma de enfrentar o stress.

Num estudo, sobre “*Eventos de vida e estratégias de coping de idosos socialmente activos*”, os autores verificaram que os eventos de vida stressantes, de uma amostra de idosos socialmente activos, versaram principalmente sobre doença, morte e perdas. A estratégia de *coping* mais utilizada face aos eventos stressantes da vida foi o da resolução do problema. Os autores consideraram que esses idosos utilizaram a experiência de vida adquirida, para empregar estratégias adaptadas para a acção. Concluíram, também, que esses resultados estão ligados aos factores que influenciam o envelhecimento bem-sucedido encontrados na literatura, uma vez que os participantes eram socialmente activos (Wathier, Wilhelm, Giacomoni, & Dell’Aglío, 2007).

As pessoas têm estilos cognitivos diferentes, sendo umas mais optimistas do que outras. Associada ao optimismo está a capacidade das pessoas encontrarem algo positivo numa situação má. Todas as pessoas têm crenças acerca do seu valor e da sua capacidade para influenciar aquilo que acontece nas suas vidas. Algumas mortes podem desafiar a auto-estima e a auto-eficácia, dificultando as adaptações internas inerentes à resolução do luto. O luto é um fenómeno social, pelo que deve ser partilhado com outras

pessoas. O grau de apoio emocional e social que as pessoas sentem dos outros, seja dentro ou fora da família, é importante no processo de luto. A dificuldade está no facto de que, normalmente, o apoio social só está disponível perto da altura da morte ou pouco depois. Alguns meses depois, quando a pessoa se apercebe de tudo o que perdeu, aqueles que estiveram no funeral podem já não estar presentes ou, caso estejam, podem apenas incentivar a pessoa a esquecer e a seguir a sua vida (Worden, 2001).

As várias subculturas a que cada um de nós pertence, sejam étnicas ou religiosas, dão-nos uma orientação e definem rituais de comportamento, nomeadamente em relação ao luto (Worden, 2001).

#### **2.4 Transição e adaptação no luto**

Para Felner, Farber & Primavera (1983), a adaptação a situações de transição verifica-se face a situações como a reforma, a deslocação geográfica, o casamento, o divórcio ou a viuvez, apesar das diferenças que supõem em termos de resolução. Há, então, para os idosos, um conjunto de tarefas implícitas em qualquer transição que são relevantes para o sucesso adaptativo, impondo uma alteração nos padrões de comportamento individual e de interacção com os outros. Trata-se de tarefas tanto rotineiras como de dimensão substancial, que supõem a reorganização do dia-a-dia, o desenvolvimento de novas competências e a reestruturação de padrões de interacção social e familiar (Felner, Farber, & Primavera, 1983).

Desse conjunto de tarefas, que abrangem as relações interpessoais, o ambiente familiar e a vida social, Felner, Farber & Primavera (1983) destacam as que se prendem com a (re)definição de papéis sociais e a com o suporte social. A (re)definição de papéis conta-se como um dos elementos centrais para se avaliar o sucesso da adaptação na sequência de uma transição (Felner, Farber, & Primavera, 1983).

Durante uma transição, os sistemas de suporte social do indivíduo não permanecem estáticos, pelo que lidar adequadamente com as tarefas adaptativas colocadas pela transição passa pelo envolvimento activo do indivíduo na modelagem das mudanças que ocorrem nos sistemas de suporte social, tendo em vista manter ou alcançar níveis elevados de relação social e interacções satisfatórias com membros da rede social envolvente. É interessante notar que o suporte social tanto é reflexo da adaptação à transição como mediador dessa mesma adaptação, aparecendo intimamente ligado a uma série de capacidades individuais (Felner, Farber, & Primavera, 1983).

O ajustamento ao luto envolve quatro tarefas básicas, que não seguem nenhuma ordem rígida: aceitar a realidade da perda; lidar com a dor do luto; adaptar-se a um

ambiente em que falta a pessoa que morreu; reenquadrar emocionalmente a pessoa que morreu e prosseguir a vida. Quando estas não são completadas, o desenvolvimento e o crescimento futuro podem ser prejudicados (Worden, 2001).

Quando alguém morre, mesmo que se trate de uma morte esperada, há sempre a sensação de que isso não aconteceu. A primeira tarefa do luto passa pela confrontação com a realidade de que a pessoa morreu e não irá voltar. Parte da aceitação desta realidade passa por chegar à crença de que o reencontro não será possível, pelo menos nesta vida. O oposto de aceitar a realidade da perda passa por não acreditar nela, através de um processo de negação. Algumas pessoas recusam-se a acreditar que a morte é real e ficam presas na primeira tarefa do processo de luto (Worden, 2001).

É necessário reconhecer e lidar com a dor emocional caso contrário, ela poderá manifestar-se através de sintomas físicos ou de outra forma de comportamento fora do normal. Nem todas as pessoas sentem a dor com a mesma intensidade ou da mesma maneira, mas é impossível perder alguém a quem se esteve muito ligado sem sentir alguma dor. As pessoas que passam por esta situação pela primeira vez não estão preparadas para lidar com a enorme força das emoções que se seguem a uma morte. As mensagens subtis que a sociedade emite podem dificultar a realização desta tarefa, dado que a sociedade pode sentir-se desconfortável com os sentimentos da pessoa. Os viúvos impedem o processo evitando pensamentos dolorosos, tentando recorrer a métodos que parem os pensamentos, para não terem de sentir a disforia associada à perda. Algumas pessoas lidam com isto estimulando apenas pensamentos agradáveis acerca do falecido, o que as protege do mal-estar provocado pelos pensamentos desagradáveis. As pessoas também não permitem que esta tarefa seja concluída quando idealizam a pessoa que morreu, evitam estímulos que as lembrem do falecido ou recorrem a álcool ou a drogas. Há quem opte por viajar por muitos sítios diferentes, na tentativa de aliviar as suas emoções, em vez de se permitir entregar-se à dor, ou seja, senti-la sabendo que um dia acabará por passar (Worden, 2001).

A adaptação a um novo ambiente difere de pessoa para pessoa, de acordo com a relação que tinha com aquela que morreu e com os vários papéis que o falecido desempenhava. Normalmente, as pessoas só se apercebem de todos estes papéis algum tempo depois da perda. Há quem se revolte com a necessidade de ter de desenvolver novas capacidades e aceitar papéis que costumavam ser desempenhados pelos outros. A conclusão bem sucedida da terceira tarefa do luto pode passar pela estratégia de redefinir a perda de modo a que possa reverter em benefício da pessoa (por exemplo,

quando a perda permite que a pessoa ganhe autonomia e desenvolva novas capacidades) (Worden, 2001).

A morte de alguém próximo obriga-nos a adaptar a visão que temos de nós próprios, ou seja, a perda irá influenciar a nossa auto-definição, auto-estima e auto-eficácia. Há algumas pessoas que se definem através das relações que mantêm com os outros e da sua ligação a eles, o que transforma o luto não só na perda de uma pessoa significativa, como também num sentimento de perda de identidade. Existem relações em que o sentimento de auto-estima da pessoa depende daquela a quem está ligada, o que pode trazer bastantes danos no caso de uma perda. O luto também pode influenciar a auto-eficácia, ou seja, o grau em que a pessoa sente que tem algum controlo sobre aquilo que lhe acontece. Isto pode levar a uma intensa regressão, fazendo as pessoas sentir-se desamparadas, incapazes, inadequadas, infantis ou “falidas” emocionalmente. As tentativas de desempenhar o papel que o falecido tinha podem falhar, o que afectará a auto-estima. Após uma morte, é preciso reaprender o mundo. A tarefa interna da pessoa passa por responder à pergunta “*Quem sou eu agora?*”. Com o passar do tempo, as imagens negativas irão dar lugar a outras mais positivas e as pessoas passarão a ser capazes de continuar as suas tarefas e aprender novas formas de lidar com o mundo (Worden, 2001).

Sofrer a morte de uma pessoa querida pode levar as pessoas a questionar os seus valores fundamentais e as suas crenças filosóficas – tanto uns como outros são influenciados pela família, pelos pares, pela educação, pela religião e também pelas experiências de vida. É frequente a pessoa sentir-se desorientada e sem rumo, tentando encontrar um sentido para a perda e para as mudanças de vida a ela associadas, de maneira a compreendê-la e a recuperar algum controlo sobre a sua vida. Há três tipos de crenças que costumam ser abalados pela morte de uma pessoa importante: a) a crença de que o mundo é um sítio benevolente; b) a crença de que o mundo tem um sentido ou segue uma lógica; c) a crença de que se é uma pessoa merecedora (quando um acontecimento trágico como este ocorre, a pessoa é tentada a concluir “*Devo ser uma má pessoa para que isto me tenha acontecido*”) (Worden, 2001).

É mais frequente a pessoa pôr em causa estas suas crenças em casos de mortes repentinas e prematuras. No entanto, algumas mortes estão de acordo com as nossas expectativas e validam as nossas crenças, como é o caso da morte de uma pessoa idosa que viveu uma vida longa e feliz. Com o passar do tempo, podem ser adoptadas novas crenças ou as crenças antigas podem ser reavaliadas e modificadas, de maneira a

reflectirem a fragilidade da vida e os limites do nosso controlo sobre ela (Worden, 2001).

A não resolução da terceira tarefa passa por não se adaptar à perda. As pessoas agem contra si próprias, promovendo o seu desamparo, não desenvolvendo as aptidões necessárias para lidar com a perda ou isolando-se do mundo e não enfrentando as exigências do meio. A maioria das pessoas não faz este trajecto. Normalmente, decidem que têm de cumprir os papéis aos quais não estão habituadas, desenvolver aptidões que nunca tiveram e avançar com uma nova visão de si próprios e do mundo (Worden, 2001).

A última tarefa do processo de luto implica que a pessoa encontre um espaço para a pessoa falecida que permita que ambos continuem ligados, mas de uma forma que possibilite que a pessoa prossiga a sua vida. É preciso encontrar formas de recordar a pessoa que morreu, mantendo-a connosco ao mesmo tempo que continuamos a nossa vida. Esta tarefa não é concretizada quando as pessoas se agarram à relação que tinham, em vez de avançarem e formarem novos laços. Algumas pessoas acham que a perda é tão dolorosa que prometem a si próprias que nunca mais voltarão a amar. Para muitas pessoas, esta é a tarefa mais difícil, pelo que algumas podem ficar presas nesta fase do luto e perceber, mais tarde, que a sua vida parou no momento da perda (Worden, 2001).

Existem dois tipos de coping, o assimilativo e o acomodativo. No primeiro, o idoso procura transformar a situação avaliada negativamente, procurando conformá-la com as suas metas pessoais. No modo acomodativo, os sujeitos readaptam os seus objectivos de acordo com a situação actual, adoptando padrões menos exigentes (Rabelo & Neri, 2005). Lanska (2006) complementa que alguns métodos para auxiliar no coping destas situações, como o desenvolvimento de habilidades sociais, comportamentais e cognitivas, podem ser trabalhados através de processos psicoterapêuticos. Além disso, um factor importante para o coping das dificuldades é a análise de morbilidades psiquiátricas. Os transtornos de ansiedade e de humor associados podem trazer prejuízos na escolha das estratégias para lidar com as situações. O autor enfatiza ainda a importância de se trabalhar o coping das situações e auxiliar os indivíduos no desenvolvimento de estratégias de coping mais apropriadas (Lanska, 2006).

Um estudo relacionado com o stress e o fortalecimento em viúvos recentes, levado a cabo por Caserta (2009), sugere que os homens e as mulheres têm a mesma probabilidade de desenvolver stress e fortalecerem-se durante o luto precoce. As diferenças entre homens e mulheres enlutadas, quanto ao seu potencial para experimentar o crescimento após a perda do parceiro, são ténues (Caserta, Lund, Utz, &

Vries, 2009). Estes mesmos autores, constataram que o stress e o fortalecimento, de facto, parecem ocorrer em quem perdeu recentemente um cônjuge ou companheiro. Havendo uma variabilidade substancial nos relatos dos idosos viúvos, o crescimento não está relacionado com o sofrimento dos enlutados, no decorrer do processo de luto, mas era mais notório nos indivíduos cujas mortes dos parceiros eram esperadas, que relataram mais religiosidade e que se envolveram em ambos os processos de perda e recuperação, orientada para uma atitude activa e de envolvimento. Finalmente, uma morte esperada pode ajudar, no processo de perda cognitiva, face aos desafios enfrentados pelos idosos enlutados (Caserta, Lund, Utz, & Vries, 2009).

### **2.5 Sistemas de optimização/compensação**

Paul Baltes, em 1987, iniciou a operacionalização do modelo de Selecção-Optimização-Compensação, tendo como base a interacção dinâmica entre ganhos e perdas. Um processo adaptativo bem sucedido é aquele que maximiza os ganhos e minimiza as perdas (Fonseca, 2005).

Rabelo e Neri (2005), numa revisão de literatura, salientam os diferentes recursos psicológicos e sociais, que podem ser usados como mecanismos protectores ou mediadores no ajustamento pessoal de idosos com incapacidades, apontando variáveis como: suporte social, crenças e estados emocionais positivos, regulação afectiva, mecanismos de comparação social, sentido de auto-eficácia, mecanismos de selecção optimização-compensação e mecanismos de coping. Os processos adaptativos de selecção, optimização e compensação também podem estar presentes no ajustamento psicológico dos indivíduos. Através de mecanismo de selecção, o idoso pode evitar, reduzir ou restringir a realização de tarefas que causem desconforto. Através da optimização, procura desenvolver actividades em que mantém um bom nível de funcionamento, compensando a perda através de processos cognitivos e/ou esforços comportamentais (Rabelo & Neri, 2005). Segundo o estudo das autoras, o suporte social interfere positivamente no coping face aos prejuízos funcionais, aumentando a auto-estima e o sentimento de influência sobre o ambiente. Idosos com ampla rede social são estimulados quanto ao sentido de auto-controle, auto-eficácia e auto-aceitação.

As crenças e estados emocionais positivos também são considerados factores protectores da boa qualidade de vida. Além de influenciar o estado emocional do indivíduo, podem causar mudanças fisiológicas e neuroendócrinas e estimular comportamentos saudáveis. A avaliação positiva auxilia o idoso a enfrentar as situações, encontrando significado em relação à experiência vivenciada (Rabelo & Neri, 2005).

Outra variável apontada no ajustamento a situações de dificuldade funcional é a regulação afectiva. Os idosos tendem a realizar a optimização afectiva, procurando maximizar afectos positivos e minimizar os negativos. A complexidade afectiva, desenvolvida ao longo do ciclo de vida, auxilia a regular sentimentos positivos e negativos relacionados com as situações (Rabelo & Neri, 2005).

O mecanismo de comparação social também é encontrado como forma de enfrentar situações negativas. O facto de comparar-se a idosos, que classifica como piores, pode trazer benefício, percebendo a sua situação como mais favorável que a do outro. Além disso, o sentimento de universalidade, ao conviver com grupos em situação similar, tende a diminuir a ansiedade e o sentimento de singularidade (Rabelo & Neri, 2005).

A auto-eficácia, conceito advindo da teoria social cognitiva, também representa um importante recurso de coping. A crença do indivíduo na sua própria capacidade pode influenciar a sua motivação, persistência, vulnerabilidade ao *stress* e depressão (Rabelo & Neri, 2005).

A experiência de eventos de vida stressantes pode transformar-se num factor de risco para o bem-estar na velhice, especialmente, quando os indivíduos não dispõem de recursos de coping ou têm pouca habilidade para se adaptarem às exigências impostas pela situação. Quando isso ocorre, os indivíduos podem tornar-se mais vulneráveis a desenvolver ou agravar estados depressivos e doenças crónicas ou mais predispostos a enfrentar problemas nos seus relacionamentos interpessoais (Fortes, 2005).

De acordo com Fortes & Neri (2004), a adaptação frente a uma situação stressante depende da noção do que é funcional para a pessoa, ou seja, da forma como cada um avalia a situação vivida. Diante de eventos incontroláveis como a morte, a aceitação pode ser a única forma encontrada por um indivíduo para se manter bem emocionalmente.

Culturalmente, as mulheres tendem a falar mais dos seus problemas do que os homens, queixando-se mais facilmente de enfermidades e de outros problemas em geral, o que caracteriza o grupo feminino como aquele que vive mais intensamente o stress. A queixa pode funcionar como uma estratégia de coping, uma vez que, com frequência, as reclamações são úteis para chamar a atenção e para ganhar controlo secundário sobre o ambiente. Os homens relatam mais eventos pontuais como stressantes, dentre os quais a reforma, o divórcio, as perdas financeiras, entre outros. Mais de metade dos idosos relataram problemas de saúde dos próprios ou de pessoas próximas, e a morte de entes queridos, como eventos stressantes (Fortes-Burgos, Neri, & Cupertino, 2007).

### 3. Modelo bioecológico

Para melhor compreender de que forma os idosos reestruturam as suas vidas, opta-se por analisar a situação vivenciada pelos idosos com base no modelo bioecológico do desenvolvimento humano.

Para pesquisadores interessados em “avaliar ecologicamente” o dinamismo das interações e das transições na vida das pessoas, em diferentes momentos do ciclo vital, Bronfenbrenner e Evans (2000) têm se convertido num ponto de referência obrigatório. Compreender ecologicamente o desenvolvimento humano possibilita que a atenção dada à investigação seja dirigida não só para a pessoa e os ambientes imediatos nos quais se encontra, mas também devem ser consideradas as suas interações e transições em ambientes mais distantes, dos quais, muitas vezes, nem sequer participa directamente (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

O modelo ecológico, pressupõe que toda experiência individual se dá em ambientes “*concebidos como uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra, como um conjunto de bonecas russas*” (Bronfenbrenner, 1996, p. 5). É salientado que “*os aspectos do meio ambiente mais importantes no curso do crescimento psicológico são, de forma esmagadora, aqueles que têm significado para a pessoa numa dada situação*” (Bronfenbrenner, 1996, p. 9).

O modelo bioecológico também enfatiza o ambiente, mas propõe que o desenvolvimento humano seja estudado por meio da interação deste núcleo com outros três, de forma inter-relacionada: o processo, a pessoa e o tempo, ampliando o foco do modelo (Bronfenbrenner, 1996).

O primeiro componente do modelo bioecológico, o contexto, segue o proposto em 1979/1996, e é analisado por meio da interação de quatro níveis ambientais, denominados: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. O microssistema é o sistema ecológico mais próximo, e compreende um conjunto de relações entre a pessoa em desenvolvimento e o seu ambiente mais imediato, como a família, a escola, a vizinhança mais próxima. As interações dentro do microssistema ocorrem com os aspectos físicos, sociais e simbólicos do ambiente, e são permeadas pelas características de disposição, recurso e demanda das pessoas envolvidas (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

O mesossistema refere-se ao conjunto de relações entre dois ou mais microssistemas nos quais a pessoa em desenvolvimento participa de maneira activa.

O exossistema compreende aquelas estruturas sociais formais e informais que, embora não contenham a pessoa em desenvolvimento, influenciam e delimitam o que acontece no ambiente mais próximo (a família extensa, as condições e as experiências de trabalho dos adultos e da família, as amizades, a vizinhança). Nesse sentido, o exossistema envolve os ambientes que a pessoa não frequenta como um participante activo, mas que desempenham uma influência indirecta sobre o seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996). Por último, o macrossistema é composto pelo padrão global de ideologias, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e subculturas, situações e acontecimentos históricos presentes no quotidiano das pessoas e que influenciam seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996, 2004).

O macrossistema é o sistema mais distante da pessoa: abrange a comunidade na qual os outros três sistemas estão inseridos e que pode afecta-los (estereótipos e preconceitos de determinadas sociedades, períodos de grave situação económica dos países, globalização).

O processo é destacado como o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento, e é visto como as interações recíprocas progressivamente mais complexas do sujeito com as pessoas, objectos e símbolos presentes no seu ambiente imediato (Bronfenbrenner & Morris, 1998). O ser humano é sempre considerado nesta teoria como um ser biopsicológico em evolução e, para que suas interações sejam consideradas como tal, ele deve ser activo.

O terceiro componente do modelo bioecológico é a pessoa. Esta é analisada por meio das suas características determinadas biopsicologicamente (experiências vividas, habilidades, por exemplo) e aquelas construídas (demanda social, por exemplo) na sua interacção com o ambiente (Bronfenbrenner & Morris, 1998). No modelo bioecológico, as características da pessoa são tanto produtoras como produtos do desenvolvimento, pois constituem um dos elementos que influenciam a forma, a força, o conteúdo e a direcção dos processos proximais. Ao mesmo tempo, são resultados da interacção conjunta destes elementos - processo, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner, 1999). Assim, no modelo bioecológico, o desenvolvimento está relacionado com estabilidade e mudança nas características biopsicológicas da pessoa durante o seu ciclo de vida (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Finalmente, o quarto componente do modelo bioecológico - o tempo, incorporado ao modelo em 1986 - permite examinar a influência no desenvolvimento de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida (Bronfenbrenner, 1986). Para Bronfenbrenner e Morris (1998) o tempo é analisado em três níveis do

modelo bioecológico: microtempo, mesotempo e macrotempo. Assim, a análise do tempo dentro destes três níveis deve focalizar a pessoa em relação aos acontecimentos presentes em sua vida, desde os mais próximos até os mais distantes, como grandes acontecimentos históricos, por exemplo. Bronfenbrenner e Morris (1998) ressaltam que as mudanças que ocorrem ao longo do tempo, nas quatro propriedades do modelo bioecológico, são produtos e também produtores da mudança histórica.

A abordagem ecológica do desenvolvimento humano proposta por Bronfenbrenner (1996) é útil ao permitir que o desenvolvimento possa ser entendido de maneira contextualizada e contemplando a interação dinâmica das quatro dimensões descritas. Ao fazer isso, são evitados os equívocos frequentemente cometidos de entender o desenvolvimento de uma população, principalmente no caso de populações em risco, a partir dos critérios de estudos realizados com grupos de contextos diferentes (Huston, McLoyd & Coll, 1994; Jessor, 1993).

## SEGUNDA PARTE

### REESTRUTURAÇÃO DA VIDA APÓS MORTE DO CÔNJUGE: APRESENTAÇÃO DE UM ESTUDO

#### 1. Campo de estudo, contextualização e motivação

A viuvez, como evento stressante e de transição de vida, marca uma viragem de extrema importância na vida dos idosos. Compreender como potenciar as capacidades e os recursos dos idosos neste contexto, ajudará a elaboração de planos e projectos de ajuda aos idosos. *“Quanto mais conhecimentos tivermos acerca da forma como certos indivíduos lidam de forma bem-sucedida com os problemas do envelhecimento ou, pelo contrário, não o conseguem fazer de modo satisfatório, mais ajuda prática poderá ser disponibilizada nesse sentido”* (Lazarus, 1998, p. 124).

Tendo em conta o aumento de número de famílias sós de idosos, a maior longevidade e a insuficiência familiar, é fundamental estudar o modo pelo qual os idosos superam as dificuldades e a vulnerabilidade imposta pelos processos de transição de vida, tal como a viuvez.

A viuvez exige ao idoso uma reformulação da sua vida, construção de novos papéis na sociedade, alteração de rotinas e hábitos de vida, aprendizagens e reestruturações pessoais face às novas exigências com que é confrontado. O luto pode representar um processo de grande impacto no idoso, devido às perdas pessoais e sociais, decorrentes da velhice, serem estigmatizadas como fase da invalidez ou da condescendência (Oliveira & Lopes, 2008). Deste modo, o estudo visa compreender o processo de resiliência na viuvez. Ou seja, a forma como os idosos viúvos, a viverem sós, reestruturam as suas vidas, com resultados positivos, fazendo face às dificuldades impostas pelo luto.

#### 2. Motivações pessoais

Os motivos que levaram à escolha da “resiliência no luto” como processo de reestruturação da vida, e adaptação face à vulnerabilidade desencadeada pela perda do companheiro, foram os seguintes:

- a importância que os temas relativos à esfera social na idade adulta e do envelhecimento têm vindo a assumir na literatura, devido certamente à evolução sócio-demográfica a que se assiste no mundo ocidental e que faz dos indivíduos situados "na

velhice" um grupo populacional cada vez mais significativo, introduzindo a necessidade de se compreender melhor um período da vida;

- a importância que a resiliência, na reabilitação psicossocial e na promoção das potencialidades dos idosos, vem assumindo, no quadro de um envelhecimento activo, com especial relevo na viuvez.

### **3. Objectivos e questões de estudo / de investigação**

Mais do que estudar o modo como os idosos resolvem o luto, pretende-se analisar as implicações, as transformações nas suas vidas e as adaptações daí decorrentes. Este esforço de normalização da vida implica a mobilização de recursos internos e externos. O estudo projectado incidirá na análise destes recursos.

O estudo prende-se com o processo de transição gerado pelo luto, do evento de vida de morte do cônjuge e com os estilos e estratégias de coping, reconhecidas pelos idosos como sendo ou tendo sido importantes para a manutenção da sua autonomia.

Na pesquisa fenomenológica, não há hipóteses a serem verificadas, mas sim dúvidas e suposições a serem respondidas, por intermédio dos relatos dos sujeitos da pesquisa.

Mais de que resolver o luto, os idosos têm de se adaptar com sucesso a uma nova vida. Não o fazendo, sujeitam-se a uma série de implicações a nível biopsicossocial, que condicionam a sua autonomia e individualidade, com implicações claras na qualidade das suas vidas.

A questão de partida da pesquisa, "*como é que o idoso viúvo, a viver sozinho na ilha Terceira, reaprende a viver?*", abre a possibilidade a respostas diversas, respostas estas que desafiam os seguintes objectivos deste estudo:

- identificar a importância dos apoios familiares, que o idoso recebe nesta fase;
- perceber a importância dos amigos, na sua recuperação;
- monitorizar os recursos internos, mobilizados pelo idoso;
- perceber o peso dos recursos externos mobilizados pelo idoso;
- identificar a orientação e apoio de instituições e profissionais e da comunidade, recebidos pelo idoso;
- perceber a importância do ambiente no bem-estar do idoso;
- identificar o valor atribuído à autonomia, pelos idosos, para a sua qualidade de vida;
- detectar as necessidades sentidas pelo idoso no processo de resiliência no luto;
- identificar os factores, de maior risco no processo de resiliência do idoso;

- identificar os factores, de maior protecção no processo de resiliência do idoso.

#### **4. Amostra**

A individualidade do envelhecimento psicológico está relacionada com a interpretação que cada indivíduo faz às condições biocomportamentais e sociais, variando em função da idade, a qual gera uma maior predisposição para a vulnerabilidade (Fonseca, 2005). A viuvez é um factor de risco mais significativo entre os viúvos no primeiro ano da morte do cônjuge (Lessa, 1998). Também Parkes (1998) faz referências a um ano.

A resiliência que se pretende captar é a do idoso viúvo e, para evitar confundir com a resiliência familiar, limitou-se a selecção da amostra aos idosos que constituem agregados familiares unipessoais. Como a grande maioria dos pesquisadores na área da viuvez, fazem referências claras a um ano, como data aceitável para a resolução do luto, a população alvo foi constituída por 18 idosos (8 homens e 10 mulheres), viúvos à menos de um ano, a viverem sozinhos na ilha Terceira, com 64 ou mais anos. As habilitações literárias dos idosos que constituíram a amostra correspondem, quase na totalidade, ao nível da 4ª classe. Quanto à situação profissional as mulheres são maioritariamente pensionistas à excepção de duas que são reformadas, e os homens são, pensionista/reformados. Um dado que sobressai é a média de anos de casamento prévio, 50 anos (Quadro 1).

A constituição da amostra respeitou o método de amostragem por redes, tipo “bola de neve”. Neste método, apresentado por Goodman (1961), um indivíduo é recrutado e, em seguida, indica outras pessoas do seu relacionamento para que também participem da amostra. Para isso, um número inicial de pessoas é seleccionado. Esse grupo recebe a designação de “sementes”, por serem os primeiros indivíduos recrutados. O passo subsequente é solicitar, a essas pessoas, informações acerca de outros membros da população para, então, recrutá-los. Os próximos membros que farão parte da amostra recebem a designação de “filhos”, ou frutos, por terem sido gerados pelas “sementes”, e o seu recrutamento pode dar-se de várias formas. Em alguns estudos, as “sementes” recrutam o maior número de pessoas possível; em outros, os próprios pesquisadores efectuam esse recrutamento, através de agentes que actuam num dado campo, com conhecimento da comunidade (*outreach workers*). Esse procedimento é repetido algumas vezes, até que o tamanho pré-definido da amostra seja alcançado ou até que a população fique saturada (ou seja, se esgotem os membros acessíveis da mesma).

A saturação ocorreu com os homens. Foram sinalizados 11 viúvos na totalidade das freguesias da Ilha Terceira, com a recusa de participação de 3 viúvos, que alegaram fragilidade emocional para “falar sobre isso”. Não houve recusa em participar no estudo por parte das mulheres e o limite imposto deveu-se ao facto de o tema ter-se esgotado, não surgindo diferenciações significativas nos discursos consequentes.

Devido à sua estratégia de recrutamento, o método “bola de neve” é considerado não probabilístico, uma vez que não é possível determinar a probabilidade de selecção de cada participante na amostra. Dessa forma, não há garantia de que a amostra resultante não seja enviesada e seus resultados não podem, via de regra, ser generalizados (Semaan, Lauby, & Liebman, 2002). Com o intuito de minimizar esse enviesamento foi feito recrutamento em todas as Juntas de Freguesia da Ilha Terceira, funcionando os Presidentes da Junta e/ou funcionários com conhecimento da comunidade como *outreach workers*, o que garantiu a heterogeneidade da amostra.

**QUADRO 1. Caracterização da amostra**

<b>Viúvo</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Casamento (anos)</b>	<b>Viuvez (meses)</b>
VA	feminino	78	4ª classe	60	5
HL	feminino	76	4ª classe	57	4
MT	feminino	74	4ª classe	51	2
PA	feminino	73	4ª classe	53	12
AL	feminino	66	4ª classe	40	12
AD	feminino	74	4ª classe	56	12
MJ	feminino	66	4ª classe	42	4
MA	feminino	80	4ª classe	58	5
MO	feminino	65	5º ano	41	12
JR	masculino	73	4ª classe	50	6
FL	masculino	66	4ª classe	38	12
IL	masculino	78	4ª classe	37	10
EL	masculino	82	4ª classe	53	12
FB	masculino	93	4ª classe	69	11
JD	masculino	65	4ª classe	34	8
BT	masculino	83	4ª classe	58	2
JF	masculino	84	2ª classe	58	4
BE	feminino	77	4ª classe	55	8

### **5. Recolha e tratamento de informação**

Os dados foram recolhidos a partir de entrevistas reflexivas realizadas no domicílio dos idosos, e o seu tratamento feito com recurso à metodologia de análise *grounded-theory*.

A proposta da entrevista reflexiva supõe que a entrevista é um encontro interpessoal que inclui a subjectividade dos protagonistas que, juntos, vão construir um novo conhecimento através do encontro dos seus mundos sociais e culturais, numa condição de horizontalidade e equilíbrio das relações de poder (Dell'Aglio, Koller, & Yunes, 2006). A reflexividade tem “*o sentido de reflectir a fala de quem foi entrevistado, expressando a compreensão da mesma pelo entrevistador e submeter tal compreensão ao próprio entrevistado, que é uma forma de aprimorar a fidedignidade*” (Szymanski, 2002, p. 197).

A entrevista semi-estruturada foi construída a partir dos objectivos da Investigação, com as seguintes perguntas:

1. Vive sozinho por opção?
2. Considera o lugar onde vive importante para o seu bem-estar?
3. O que mudou na sua vida, desde a viuvez?
4. Como compensou os “papéis” desempenhados pelo seu cônjuge?
5. A sua autonomia proporciona-lhe satisfação?
6. Quais os factores que dificultam a sua adaptação à viuvez?
7. Quais os factores que ajudam a sua adaptação à viuvez?
8. Quais são as suas necessidades no processo de adaptação à Viuvez?
9. Considera-se uma pessoa com capacidade para enfrentar as dificuldades. Como as tem ultrapassado?
10. Qual a importância para si do apoio dado pela família, nesta fase?
11. Qual a importância para si do apoio dada pelos seus amigos, nesta fase?
12. Que apoios gostava de ter e de quem?
13. Tem orientação e apoio de instituições, profissionais ou da comunidade, de que tipo?
14. Que conselhos daria às pessoas na sua situação?

A análise das entrevistas com os idosos, recorreu ao método de análise *grounded-theory*. Por ser particularmente sensível a contextos que permitem a compreensão do sentido de determinadas situações, a *grounded-theory* é definida como a teoria indutivamente derivada do estudo do fenómeno que ela representa. Dessa forma, a teoria é descoberta, desenvolvida e verificada através da colheita e análise de dados referentes ao fenómeno propriamente dito (Strauss & Corbin, 1990). Nesse sentido, os conceitos teóricos emergem dos dados e não são impostos a eles. A proposta desta forma de análise é construir uma teoria confiável que seja capaz de iluminar a área de estudo. Os procedimentos da *grounded-theory* foram elaborados de maneira que se façam cumprir os rigores dos critérios do método científico. Assim, foram seguidas, passo a passo, no decorrer da análise dos dados, as seguintes etapas:

1) Após a colheita dos dados qualitativos, o primeiro momento do processo de análise é o de “interacção com os dados” propriamente ditos, de maneira a favorecer um verdadeiro “mergulho” no corpo dos dados obtidos.

2) O passo seguinte compõe o processo de “codificação”, em que os dados são examinados cuidadosamente. Examina-se as transcrições, linha por linha, e extrai-se as propriedades e dimensões da experiência dos entrevistados para chegar às categorias.

3) As categorias devem ser nomeadas de forma abstracta e de maneira a apresentar uma “força conceptual”, ou seja, serem representativa de grupos de conceitos ou subcategorias, e não apenas representar um assunto. O pesquisador é quem vai escolher o nome das categorias, e o mais importante nessa escolha é ser capaz de lembrá-la, pensar sobre ela, e acima de tudo, começar a desenvolvê-la analiticamente (Strauss & Corbin, 1990).

4) Durante todo o processo de codificação e nomeação de categorias e subcategorias, o pesquisador deve “fazer anotações” (*code notes*) a partir de *insights* e ideias que surgem a respeito dos códigos, categorias e relações entre as categorias.

5) Segundo Strauss & Corbin (1990), o próximo passo da análise é denominado “codificação axial”, definida como “um conjunto de procedimentos onde os dados são agrupados de novas formas, após a codificação aberta, através das conexões entre as categorias.

6) Durante o processo de codificação, o pesquisador pode alternar entre codificação aberta e axial. Pode-se dizer que esta etapa é a de “ligar e desenvolver as categorias”, que devem ser constantemente verificadas pelos dados que as compõem, e que muitas vezes podem ser reorganizadas.

7) Para facilitar a visualização das conexões, pode-se elaborar figuras ilustrativas do processo de codificação, auxiliando, desse modo, o entendimento do leitor e tornando a descrição do processo de codificação menos abstracta.

8) A parte final da análise consiste em procurar o fenómeno central, ou seja, aquele que estabelecerá o elo entre as categorias. A tarefa, nesta etapa, é integrar todas as categorias para formar a teoria fundamentada nos próprios dados. É um nível mais abstracto de análise do que a codificação axial. Strauss & Corbin (1990) denominam essa etapa de “elaboração da história”, que consiste numa narrativa descritiva sobre o fenómeno central do estudo, o que se torna bastante difícil, pois requer habilidade de fazer diversos recortes e seleccionar o que realmente importa no desenvolvimento do modelo teórico representativo do fenómeno pesquisado. Descobrir a categoria central, definida por Strauss & Corbin (1990) como o fenómeno central ao redor do qual todas as outras categorias se integram, significa sintetizar toda a história construída a partir dos dados obtidos e ser capaz de explicar diferenças e semelhanças encontradas nas experiências.

As etapas e a descrição dos procedimentos de análise mencionados possibilitam que o pesquisador desenvolva o que Strauss & Corbin (1990) chamam de “*boa ciência*”. No que se refere à resiliência em idosos viúvos, o desenvolvimento de conceitos e categorias a partir dos próprios dados pode contribuir com hipóteses e relações não identificadas por estudos anteriores, permitindo, assim, que novas dimensões e propriedades relativas a esse construto possam ser consideradas e comparadas com as teorias já existentes.

Para Yunes e Szymanski (2005) a associação entre uma estratégia qualitativa de colheita de dados (entrevista reflexiva e análise *grounded-theory*). Possibilita o desenvolvimento de um trabalho que privilegia a riqueza do universo de significados, sistemas de crenças, valores, atitudes, padrões de interação e processos. Sendo assim, o carácter contingente, provisório e imprevisível da resiliência não é desconsiderado por essa associação metodológica (Yunes & Szymanski, 2005).

## **TERCEIRA PARTE**

### **PROCESSO DE LUTO**

#### **1. Análise dos dados recolhidos**

A partir dos estudos relacionados com a resiliência na viuvez, foram seleccionadas as temáticas que reuniam consenso sobre a importância que tinham na resolução do processo de luto e reestruturação da vida dos idosos, susceptíveis de influenciar positiva ou negativamente o processo de resiliência no luto dos idosos. A compreensão deste processo implica a análise das seguintes 6 dimensões:

- 1- Reacções dos viúvos face à crise/stress desencadeado pela perda do cônjuge**
- 2- Mudanças provocadas pela viuvez**
- 3- Factores protectores da resiliência no luto**
- 4- Factores de risco da resiliência no luto**
- 5- Coping no luto**
- 6- Características dos apoios gerados no luto**

##### **1.1 Reacções dos viúvos**

Presume-se, em geral, que as emoções provocam comportamentos; contudo, na maioria das vezes, surgem depois deles. Em situações de alarme, emoções fortes tendem a surgir rapidamente, mas o carácter da emoção será determinado pela nossa avaliação da situação, mais do que pelo que precedeu essa avaliação. Se avaliarmos a situação como capaz de nos ferir ou atingir, então o medo tenderá a predominar; se anteciparmos o esforço que tenhamos de fazer, para superar a adversidade e perspectivemos alguma hipótese de vencer, a raiva tenderá a ser a emoção mais provável. Se estamos confiantes na nossa capacidade de lidar com a situação, a emoção predominante tende a ser alegria e excitação. Se a situação contiver alguma culpa nossa ou algo que nos possa levar à humilhação, então, é esperada uma reacção de vergonha. Em muitas situações o resultado é incerto, e podemos vivenciar emoções que se transformam muito rapidamente ou que não têm contornos definidos (Parkes, 1998).

O luto pode provocar uma situação desconhecida e imprevisível e tornar-se potencialmente assustadora, quando em situações que envolvem a falta de uma via de escape, de um lugar seguro ou a presença de sinais específicos que o indivíduo é preparado para reconhecer a qualquer momento (gritos, movimentos bruscos, sons repentinos). A ausência de uma via de escape segura, a falta de um lar que o indivíduo

se sinta seguro, a falta de companheiros que normalmente oferecem ou compartilham defesas (parentes ou amigos), ou mesmo animais domésticos, podem aumentar a possibilidade que uma situação tem para ser objectivamente perigosa e criar um estado de alarme. As situações de perda do cônjuge ameaçam a segurança do indivíduo. A viuvez provoca uma situação de alerta com perdas diversas e exposição a novas situações e problemas, para o qual a pessoa pode não estar preparada (Parkes, 1998).

Muitas fontes indicam que a pessoa enlutada está em estado de vigília elevado a maior parte do tempo, e que tal, às vezes se assemelha ao pânico.

As vantagens associadas à idade em relação à regulação emocional podem ser um dos componentes centrais da resiliência (Kessler & Staudinger, 2009). Reflectem-se na maior capacidade de adequar-se à intensidade dos eventos, integração cognitiva e afectiva, mecanismos de defesa mais maduros, uso de estratégias pró-activas de coping e satisfação com a vida (Neri A. L., 2006).

Na crise, alteram-se os modos habituais de comportamento das pessoas envolvidas, alteram-se circunstâncias e planos e levam à necessidade de trabalho psicológico que requer tempo e energia. Oferecem ao indivíduo a oportunidade e a obrigação de abandonar velhas concepções sobre o mundo e descobrir novas (Parkes, 1998).

As observações empíricas têm revelado que, em situações de stress moderado, a maioria das pessoas aprende rapidamente e tendem a aceitar mais rapidamente a necessidade de mudança, do que em outras épocas da vida. Essas pessoas tendem a procurar ajuda com mais intensidade do que em outras circunstâncias. O apoio que a sociedade oferece aos seus membros, que sofrem durante períodos de crise é considerável, embora não dure muito tempo (Parkes, 1998).

Quando a tensão excede um patamar de gravidade, que varia de pessoa para pessoa, a nossa eficiência e capacidade de aprendizagem sofrem um rápido decréscimo, de maneira que as pessoas se vêem incapacitadas para enfrentar a situação e ficam totalmente perturbadas por ela. Podem perseverar em actividades inúteis, não apropriadas para a situação em questão, mas que tenham sido bem sucedidas no passado, ou podem entrar em pânico e comportar-se de forma desorganizada e fragmentada. Nessas situações, podem mostrar-se presas a velhos conceitos e ideias, e rejeitar ofertas de ajuda que significariam a aceitação da necessidade de mudança (Parkes, 1998).

Esses dois tipos de resposta que foram identificados em muitas pesquisas são análogos aos de ataque ou fuga, como os identificados por Cannon, na medida em que

“ataque” envolve uma aproximação ao problema e às dificuldades, enquanto “fuga” envolve afastamento e o evitar de estratégias para a solução do problema (Parkes, 1998).

**QUADRO 2.** Reações dos viúvos face à crise/stress desencadeado pela perda do cônjuge

<b>Comportamentos positivos</b>	
Consciencialização da necessidade de mudança	<i>Mulheres</i>
	<p><i>“O tempo vai passando as coisas, estou conformada, porque se levar o tempo sempre como tenho levado até aqui, a minha cabeça não vai aguentar, porque sempre a pensar naquilo, sempre com a saudade, não aguento, mas penso que isto vai passando mas é com tempo. “ (HL)</i></p> <p><i>“Eu estou na esperança que vou retomar, mas por enquanto. Não retomo porque ainda me sinto muito em baixo.” (MJ)</i></p> <p><i>“Eu cá faço força é para estar na minha casa, não para o ver. Há pessoas que dizem há quem visse. Eu sei que ele morreu, tá lá, rezo-lhe muito e todos os dias, mando rezar uma missa todos os meses e se tenho alguma coisa para dar por alma dele dou. Mas vê-lo não, isso não queria. Mas quem morre não vem cá mais. ” (PA)</i></p>
	<i>Homens</i>
	<p><i>“Pois eu não sei, foi um homem ali para a casa de saúde ali em São Carlos, e quando ele foi já foi há anos, quando ele foi eu sensibilizei alguma coisa, porque ele deu umas piscas que tinha lá à casa para ficar lá, e agora eu já concordo, porque um homem sozinho é muito triste, torna-se aborrecido.” (IL)</i></p> <p><i>“Eu vou lá fora ter com eles e vou de vontade vou lá vê-los, e tenciono estar por lá uns tempos, não sei quantos e depois havemos de ir vendo a tensão (lágrimas) ” (BE)</i></p>
Ajudas e soluções encontradas	<i>Mulheres</i>
	<p><i>“A minha filha ficou cá 8 dias depois de o meu marido morrer, mas depois eu disse-lhe que ela tinha de ir para casa</i></p>

	<p><i>(chorar).” (HL)</i></p> <p><i>“Também vou passar o fim-de-semana a casa da minha filha às vezes.” (PA)</i></p> <p><i>“ela (filha) vem quando quer por que eu não digo. Eles às vezes também vêm ao fim-de-semana” (PA)</i></p> <p><i>“Tenho um neto com 25 anos que tem vindo ficar comigo à noite.” ((MA)</i></p> <p><i>“Mas tenho mais pensão (preocupação), mas entreguei tudo à Lúcia. Eu entreguei a pasta, não tenho pensão nenhuma, nenhuma. Ela é que vai às compras e tudo.” (VA)</i></p> <p><i>“De dia estou aqui e à noite vou até à casa do meu filho.” (MT)</i></p> <p><i>“A minha filha Natal e a minha neta ficam aqui à noite comigo. E a Lúcia fica de dois em dois dias.” (VA);</i></p> <p><i>“Ainda há pouco tempo tive aborrecida e tive 15 dias em casa dela.” (AL)</i></p> <p><i>” Não sinto medo, porque a minha filha está aqui (casa ao lado) depois tem os telefones.” (AD)</i></p> <p><i>“Aqui com a minha vizinha e com o meu filho, que está aqui ao pé, quando eu preciso dele, ele bota-me a mão, ainda estou mais ou menos com eles” (BE)</i></p> <p><i>“Também tive a minha filha que vive em Tomar, que teve 1 mês de férias comigo” (MO)</i></p>
	<p><i>Homens</i></p>
	<p><i>“Continuo a ir ate à casa dum casal amigo, que a mulher está viúva, que vive com um sobrinho. Que o marido já morreu há 10 meses. Eu não vou muito para lá, porque não quero que digam: o que é que este velho baboso vai para ali fazer.” (JR);</i></p> <p><i>“A refeição, eu vou até a casa da minha filha que é aqui ao pé. Ela é que trata de roupas.” (JR)</i></p> <p><i>“Aos fins-de-semana, a gente junta-se. Com a minha filha, ela mora ali no porto das Cinco, a gente vai, é geralmente ao fim-de-semana, e ela quando tem alguma coisa, ela manda para cima, para comer. É este o ambiente familiar.” (FL)</i></p>

	<p><i>“Uma rapariga vem todas a semanas, aqui limpar a casa.” (FL)</i></p> <p><i>“Gosto de estar em minha casa, esta senhora que está ai, está ai para cuidar da casa e de mim, tenho um filho que mora aqui na canada, e tenho outro. Gosto de estar em minha casa enquanto puder.” (FB)</i></p> <p><i>“Todas as noites vem aqui um filho e eles é que decidem entre si para virem cá à noite.” (FB)</i></p> <p><i>“Agora não acho necessidade nenhuma. Não me falta nada. Até mesmo um saco de medicamentos foi ela (nora) que tratou disso tudo, fui lá baixo mais ela, ela é que tratou disso tudo. Ela é que me fez isso tudo, portanto não tenho preocupação nenhuma, nenhuma dessa vida.” (BT)</i></p> <p><i>“Eu parti este braço e ela (cunhada) vinha, fazer alguma coisa. Nesse tempo tive mais dificuldade.” (IL)</i></p>
<b>Comportamentos negativos</b>	
Recusa da necessidade de mudanças	<i>Mulheres</i>
	<p><i>“eu mesmo com a doença do meu marido nunca saia, tive anos e anos que não saia e sempre gostei de estar em casa, nunca fui pessoa assim de dizer de gostar de sair muito.” (HL)</i></p> <p><i>“eu ia para a Terceira Idade, o meu marido não se importava mas eu ia. Desde que ele morreu, nunca mais fui, nunca me apeteceu. À quinta-feira eu ia, eles vinham-me buscar, a carrinha parava mesmo aqui à porta, mas desde que ele faleceu o meu coração nunca me pediu para ir.” (AL)</i></p> <p><i>“Digo-lhe a verdade, vivo sozinha por opção, porque tenho dois filhos, um na Califórnia e um aqui, o que está aqui queria bastante que eu fosse para casa dele. São bastante meus amigos, a minha nora é como uma filha, os meus netos muito carinhosos, mas optei por viver sozinha.” (MJ)</i></p> <p><i>“eu nunca me dediquei a fazer uma coisa na Casa da Misericórdia, um voluntariado, não estou ainda preparada para isso.” (MO)</i></p>
	<i>Homens</i>

	<p><i>“Estou á espera da hora, daqui para cima qualquer dia saio não sei é quando é... mas acabou-se.” (EL)</i></p> <p><i>“Não tenho necessidade de nada, se não se me tirassem anos na vida para eu viver mais feliz. De resto, o que tinha de fazer já fiz, e o que tinha de ser já foi.” (EL)</i></p> <p><i>“O que é que eu quero ter mais? O que quero ter mais é quando uma pessoa tiver que andar, que seja em boa hora. Já na minha idade, não penso em mudar-me, fiquei aqui por causa da minha família.” (FB)</i></p>
<b>Expressão de emoções</b>	
<i>Mulheres</i>	
<p><i>“Muito atrapalhada, sinto uma falta como pão para a boca (chorar).” (VA);</i></p> <p><i>”faltou-me a minha companhia.” (VA)</i></p> <p><i>“esta mágoa parece-me que nunca mais me passa (voz trémula).” (HL)</i></p> <p><i>“Uma pessoa põe-se p aqui a pensar a pensar, umas vezes dá-me para chorar” (HL);</i></p> <p><i>“dá-me esta tristeza que parece-me que nunca mais me passa.” (HL)</i></p> <p><i>“Sinto-me um bocadinho triste, vivo muito sozinha mas o que é que a gente há-de fazer, agora é assim.” (MT)</i></p> <p><i>“Tem uns dias que uma pessoa chora, outros que passa melhor, e é assim mas nunca é como quando eu estava com o meu marido. Chorei muito, o que vale é que tomo todos os dias um comprimido para os nervos; sinto muito falta dele, que ele era muito amigo (lágrima). Tem dias que me dá para chorar, outros não. “ (PA)</i></p> <p><i>“É só tristezas (choro), mudou foi para tristezas, mais nada melhor, foi uma solidão, para aí sozinha. Tenho os filhos mas estão a viver com as suas vidas.” (AL)</i></p> <p><i>“Muito triste, com muitas saudades do meu marido (choro). “ (MJ)</i></p> <p><i>“Faz ideia, perder uma filha há 8 anos e agora perder o meu marido. Sinto-me então muito triste, a minha filha teve muita dor, mas tinha companhia. Tenho o meu neto, mas são pessoas novas. Sinto-me então triste, para falar a verdade.” (MT1)</i></p> <p><i>“A minha filha estava com ele e quando me chamou e disse – mãe parece que o pai já morreu – isso para mim foi um choque tanto grande, ainda nunca passou (voz tremula).” (HL)</i></p> <p><i>“Olha, pois, como é que vou me sentir, vou mais ou menos, faço a minha vida.” (AD)</i></p>	

*“Mudou a minha vida completamente, especialmente a solidão, a tristeza, muita tristeza” (MO)*

*Homens*

*“Muito triste, está a fazer mesmo nesta hora 6 meses que ela estava a ser sepultada (chorar).” (JR)*

*“Sinto-me bem, apesar dela ter falecido, ...” (FL)*

*“é passar dias para trás, sem gosto nenhum.” (IL)*

*“a idade chegou, estou aqui sinto-me bem graças a Deus, não tenho razão de queixa. Sou o homem mais velho desta freguesia.” (FB)*

*“A vida tem de ser assim, já vai para 85 anos. Uma vez pende para uma banda, outra vez pende para a outra (lágrimas).” (JF)*

*“Agora estou um bocado meio confuso... (lágrimas), isto é assim mesmo, a gente nunca sabe o que é que nos vai acontecer” (BT)*

*“ É muito complicado e para esquecer é muito complicado. 58 anos de companhia é muito ano.” (BT)*

*“Bem, estou bem” (EL)*

As mulheres, aparentemente, não têm uma vontade expressa de activar uma mudança urgente e reorganizar as suas vidas. No entanto, sobressai dos discursos das idosas que o sofrimento é ou será prolongado, mas que irá diminuir. Não tendo uma vontade clara para a mudança, estão confiantes que a vida irá melhorar.

Os homens encaram os problemas, que surgem com a viuvez, de modo mais pragmático. Parte dos homens transmite a ideia de que a vida está a chegar ao seu término, e que não valerá a pena o esforço para efectuar grandes mudanças nas suas vidas, enquanto outros referem sentir-se bem, apesar do falecimento da esposa. As mulheres são mais emotivas que os homens, manifestam tristeza e referem dificuldade em suportar e ultrapassar este sentimento.

A procura por ajudas profissionais não foi descrita como um comportamento que ocorra com a viuvez. Ocorre mesmo uma ideia, generalizada entre os viúvos, que o luto terá de ser resolvido individualmente e com a ajuda dos familiares. Não foi mencionado ajudas recebidas pelos viúvos que tenham sido disponibilizadas por instituições, que visassem proporcionar ajuda na resolução do processo de luto e dos problemas relacionados com a viuvez.

As mulheres focam mais a necessidade de proximidade com os familiares, nos tipos de ajudas procurados, para fazerem face às suas necessidades. Os homens além da proximidade com os familiares, procuram ajudas práticas relacionadas com as lides domésticas.

Em nenhuma das pessoas entrevistadas se percebeu a manutenção de actividades inúteis. A ideia amplamente difundida pelos viúvos entrevistados é a noção de finitude e aceitação desta como parte integrante da vida.

## **1.2 Mudanças provocadas pela viuvez**

Quando alguém morre, uma série de concepções sobre o mundo que se apoiavam na existência da outra pessoa para garantir a sua validade, de repente, perdem essa validade. Hábitos de pensamento que foram construídos ao longo de muitos anos precisam de ser revistos e modificados; a visão do mundo da pessoa precisa mudar (Parkes, 1998).

A perda da pessoa amada inevitavelmente cria uma série de discrepâncias entre o nosso mundo interno e o mundo que agora passa a existir.

Mudanças pouco importantes não ameaçam as nossas concepções básicas, podendo ser feitas com alguma facilidade. Quando a mudança é muito grande e importante, ou quando ameaça as concepções enraizadas, pode causar dificuldades ou resistência. As mudanças importantes sofrem resistência e isso não é necessariamente mau. O modelo antigo do mundo pode ser imperfeito, mas é o que o indivíduo conhece com o qual lida melhor. O primeiro esforço perante a mudança precisa de ser a interpretação à luz das antigas concepções; por exemplo, “não posso acreditar que seja verdade” é uma reacção compreensível a uma mudança, e não devermos surpreendermo-nos se as pessoas recém-enlutadas considerarem difícil aceitarem os factos. Nesse período, elas estão desarticuladas e incapacitadas pela perda. Podem precisar da protecção e do apoio de outros, cujo mundo tenha sido também desorganizado, para receber a segurança que irá capacitá-las, pouco a pouco, a aceitar a realidade do que aconteceu e torná-la real. Assim, torna-se possível modificar as nossas crenças e, com elas, o nosso sentido de identidade (Parkes, 1998).

Os papéis que uma pessoa desempenha na vida são compostos por uma série complexa de padrões de acção focalizada que constituem o repertório para a solução de problemas. À medida que o tempo passa, aumenta o leque de soluções e são cada vez mais raras as situações que requerem soluções novas (Parkes, 1998).

No entanto, uma mudança importante, como a causada pela morte do cônjuge, não somente altera expectativas do padrão de acção focalizada (quantas chávenas colocar no pequeno almoço?), mas altera também os planos genéricos e papéis que dele fazem parte. A pessoa viúva não é mais uma mulher ou um homem mas sim um viúvo/a. De repente, e até certo ponto inesperadamente, o “nós” transforma-se em “eu”, o “nosso” transforma-se em “meu”; a parceria é dissolvida e as decisões serão tomadas apenas pelo enlutado (Parkes, 1998).

Mesmo quando as palavras são apropriadas, o seu significado não é mais o mesmo: “família” não é mais o mesmo objecto, assim como “lar” e “casamento” não o são. Até mesmo a “velhice” passa a ter agora um novo significado (Parkes, 1998).

A pessoa viúva defronta-se com novos problemas e expectativas, papéis para enfrentar e precisa de aprender um novo modelo do mundo e um novo repertório de soluções de problemas para que possa voltar a sentir-se segura e à vontade.

Além de assumir uma nova identidade, é necessário abrir mão da anterior, algo que pode ser uma tarefa difícil e dolorosa, que nunca se completa. Mas à medida que a dor diminui e cada papel e padrão de acção é reconhecido como inadequado, parece vir em sequência um período de incerteza de falta de objectivo e de apatia que Bowlby (1961) chamou de fase de desorganização e desespero. A emoção característica é a depressão, e a pessoa viúva tende a manter-se afastada do contacto com os que vão solicitá-la de alguma forma e a aproximar-se de parentes e amigos que a podem proteger. Este período de desorganização é nítido no processo do luto e ocorre repetidamente num contexto ou noutro. Quando antigas concepções ou modos de pensar forem deixados de lado, o indivíduo sente-se livre para recomeçar. Começar de novo significa encontrar novas soluções e novos meios para predizer e controlar o que pode acontecer na vida. Isso também significa procurar um novo lugar na hierarquia, reassegurando-se dos próprios poderes, características e percebendo como é visto pelo resto do mundo (Parkes, 1998).

### QUADRO 3. Mudanças provocadas pela viuvez

<b>Papéis desempenhados pela pessoa viúva</b>	
Papéis mantidos	<i>Mulheres</i>
	<i>“O meu marido é que tomava conta de tudo, tratar de homens para amansar alguma coisa e depois da doença foi ficando muito esquecido e eu é fiquei com tudo à minha conta.</i>

*Já me fui preparando porque ele não dava tafulho a nada, não cuidava de nada. É que fiquei com as coisas sobre mim, é que fiquei com a preocupação de tudo. Pagar as coisas, água luz, o que era preciso para casa e o que não era, fui-me acostumando a isso. Sabia que ele não tinha juízo.” (HL)*

*“Eu é que cuidava da minha vida.” (PA)*

*“Agora também tenho um filho, que a mulher vai ter um bebé este mês, e eu sei que, eu é que vou criar. Estou a formar gosto de traze-la para aqui, a bebé. Criei os dois bebés da minha filha, se Nosso Senhor me der saúde hei-de criar este também.” (AL)*

*“Uma pessoa fica é sozinha. Mas estava habituada, eu é que destinava a minha vida, eu é que fazia tudo, continuei a fazer tudo, da mesma maneira.” (AD)*

*“E os pequenos quando saírem da escola às 15h00 vêm para aqui. Passam até às 19h00 aqui.” (AD)*

*“Tenho um neto que sai da escola às 5h00 e às vezes diz: a avó venha para cá para eu não estar aqui sozinho, para eu não estar a ver televisão sozinho. Ele tem 9 anos, e eu fico a tomar conta dele enquanto os pais não chegam” (BE)*

*“Desde a viuvez, a falta do meu marido mais nada, continuei com a minha vida, continua normal, sinto só a falta dele mais nada.” (MA)*

*“a minha neta vem aqui almoçar, eu tomo conta dos filhos dela.” (AD)*

*“Olha, pois fiquei sozinha. O meu marido estava todo o dia em casa, eu fazia a comida e continuo a fazer, os meus netos depois vêm da escola e comem aqui. Quem faz de comer para dois, faz para três e para quatro. “ (AD)*

*“Ele estava todo o dia em casa, também tinha a sua idade, mudou só ficar sozinha à noite, de resto não.” (AD)*

*“O meu marido quando estava saudável, ajudava-me muito. (...) Fiquei a fazer sozinha, todas as responsabilidades que ele tinha” (MO)*

	<p style="text-align: center;"><i>Homens</i></p> <p><i>“O que mudou mais foi a falta, a falta dela. Agora quanto ao resto...” (FL)</i></p> <p><i>“O que fazia antes é o que faço agora, ela era muito doente, eu é que fazia comidas, eu é que fazia tudo. Casa não.” (JF)</i></p> <p><i>“eu é que fazia tudo, tudo... tudo” (BT)</i></p>
Perda de papéis	<p style="text-align: center;"><i>Mulheres</i></p> <p><i>“O que mudou mais depois do meu marido falecer foi a companhia dele, eu sabia que ele estava doentinho e ele já não falava ele estava para li nem conhecia a gente, mas o que me custou mais foi separar dele (chorar).” (HL)</i></p> <p><i>“Eu sabia que ele não escapava e que estava muito doentinho mas aquilo custou-me tanto, porque no dia que ele faleceu eu ainda estive a tratar dele de manhã (chorar). No dia que morreu ainda tratei dele de manhã.” (HL)</i></p> <p><i>“Quando o meu marido estava doente, eu que tratei sempre dele, eu tinha aquela preocupação, as horas de ir tratar dele, de fazer a comida, de mudar a fralda, o meu tempo estava preenchido porque tinha a preocupação e tinha de fazer aquele trabalho, embora fosse devagarinho mas ia andando. Depois parei, foi pior, para a minha saúde foi pior parar porque a pessoa já não anda para trás e para a frente, depois parar os ossos parecem que ficam piores.” (HL)</i></p> <p><i>“Porque já sabe que estive com ele 53 anos. Estive com ele 14 anos, com ele doente, ficou sem andar, no fim eu é que tratava dele. E quando tinha de sair, alguém ficava aqui com ele.” (PA)</i></p> <p><i>“É a companhia, porque ele não fazia já nada, estava há 12 anos reformado. Em casa ele nunca ajudou” (AD)</i></p> <p><i>“Mudou tudo, eu vejo muito mal e além de ver muito mal, o meu tempo era todo ocupado com o meu marido. Talvez dediquei demais, mas graças a Deus não me arrependi, assim foi a minha opção, mas estranhei muito.” (MJ)</i></p>

	<p><i>“o meu marido já estava há dois anos de cama. Pagava para o virem lavá-lo, de resto fazia tudo.” (MT)</i></p> <p><i>“Penei muito na doença do meu marido. Eu é que lhe fazia a barba, é que tratava dele. A gente é que vamos tratar dos nossos, não vamos dar a ninguém.” (MT1)</i></p> <p><i>“Deixei de ter a preocupação, deito-me quando quero e levanto-me quando quero.” (PA)</i></p> <p><i>“Ele era uma pessoa que se ocupava muito comigo, por que era diabética, tinha que levar insulina a horas, mas Deus quis que puxasse isso só para mim, mas agora já sabe que não posso ter mais ninguém, pronto. Ele não me fazia a insulina, mas tinha o cuidado, a preocupação de me chamar atenção, olha faz assim.” (MJ)</i></p> <p><i>“Ele teve 2 anos acamado e eu é que cuidava do meu marido. Mesmo doente era uma companhia, e mantinha-me mais ocupada, e fiquei de repente desocupada e pronto, ele dava que fazer para o dia inteiro, e claro que agora pouca coisa tem a fazer” (MO)</i></p>
	<i>Homens</i>
	<p><i>“mulher para aqui casada, nunca mais vem para aqui nenhuma, penei muito com esta, foi 58 anos que levei a penar com esta mulher. Porque era doente, toda a vida” (JF)</i></p> <p><i>“eu é que lhe dava os medicamentos, é que lhe dava o pequeno almoço, o almoço e dava-lhe depois o jantar.” (BT)</i></p>
<b>Desorganização</b>	
	<i>Mulheres</i>
	<p><i>“Eu gostava tanto de trabalhar de fazer coisas à máquina e entretinha-me, depois de o meu marido morrer, deu-me uma coisas aqui por dentro que dá-me para não mexer em nada, para não fazer nada, (...) mas de resto eu podia fazer, entreter-me com qualquer coisa, mas o meu juízo não me dá ainda, por enquanto, para fazer nada, não tenho pachorra nem paciência para fazer nada.” (HL)</i></p>
	<i>Homens</i>
	<p><i>“Ela ajudava-me em tudo. Ela é que era a chefe da casa, era tudo, ela acabou, acabou tudo.” (...) eu até aqui não tive medo mas daqui por hora vou passar a ter</i></p>

*medo, o dia-a-dia é sempre a cair. É na vida, estou a falar na vida, ou com saúde ou sem saúde cada dia que passa é mais um dia que passou, está a copiar para a hora. Ninguém sabe, é quando é. Mudou tudo, acabei com a vida... Eu estou vivo mas o movimento que eu vivia acabou tudo. Não deixou de fazer sentido, mas eu tinha aí um movimentozinho e isto parou, acabou tudo. Fazer umas massas, tinha aí umas redes. A mulher morreu e eu dei a parte à família. A outra parte é minha, está para ai e parou.”*  
(EL)

As mulheres mantêm a propensão para cuidarem dos netos, ajudando na educação e cuidados dos membros mais novos da família. Este papel é mantido e/ou mesmo reafirmado pelas mulheres após o falecimento dos maridos, como sendo um dos maiores contributos que a mulher viúva pode dar à família.

Sendo na sua totalidade as mulheres deste estudo domésticas, não tiveram necessidade de aprender novos papéis, na gestão do lar, higiene e arranjo da casa e alimentação. Habitadas a trabalhar em casa e a serem na sua maioria, à data do falecimento do marido, cuidadoras informais destes, tiveram de iniciar uma aprendizagem e preparação anterior à viuvez. Esta condição de cuidadoras informais também se aplica aos homens, embora com menor incidência.

Muito mais as mulheres, mas também os homens, ao perderem o papel de cuidadores informais, ficam sem a sua rotina quotidiana e perdem o sentido de responsabilidade pelo cuidado ao cônjuge. Deixando de existir o sentimento, por parte das viúvas, de serem imprescindíveis, e ao juntar-se a solidão causada pela perda da companhia proporcionada pelo cônjuge, cria-se um vazio quando não existem outros objectivos de vida.

Apesar de apenas um viúvo e uma viúva manifestarem incapacidade para refazerem as suas vidas, os discursos não são tão optimistas ao ponto de sobressair dos relatos a resolução do luto e a reintegração social. Contudo, as mulheres que emocionalmente estão mais tristes e fragilizadas, mais do que forçarem alterações à sua vida, mantêm-se confiantes na melhoria do seu estado anímico.

### **1.3 Factores protectores da resiliência no luto**

Para muitos idosos a rede social é sinónimo de família, sendo os seus vínculos constituídos essencialmente por familiares multigeracionais; na maioria das situações, são estas redes multigeracionais que dão resposta às necessidades dos idosos. Por outro lado, os idosos também são portadores de outras redes sociais, onde os familiares

existem a par de outro tipo de vínculo (Figueiredo, 2007). Ao ampliar e consolidar as redes sociais dessas pessoas, conseguimos que elas passem a aceitar melhor o envelhecimento, resultando efectivamente numa melhoria da qualidade das suas vidas (Cidrack, Catrib, & Amorim, Re-aprendendo a viver, 2004). Estes mesmos autores alertam para o risco da existência de factores protectores que em demasia, os quais poderão funcionar como um risco, provocando dependências e impedindo o desenvolvimento de capacidades, estratégias e recursos individuais.

Ao longo do ciclo de vida, as redes sociais dos indivíduos mudam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros. Acontecimentos como a reforma ou mudança de residência alteram profundamente esta rede. Com o passar dos anos, os pares vão morrendo e os sobreviventes ficam com menos amigos, as redes degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade. A existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento óptimo (Paúl, 2005).

Apesar da evolução que a família tem vindo a sofrer ao longo dos tempos, nomeadamente, no que respeita à sua dimensão, papéis e ao trabalho da mulher fora do lar, essa circunstância não a tem impedido de continuar a ser o grande suporte de ajuda aos seus idosos quando em situações de crise. Com efeito, verifica-se que é a família, na grande maioria dos casos, que assegura aos seus elementos mais frágeis a prestação de cuidados informais adequados à satisfação das suas necessidades, ainda que em muitos casos o faça com dificuldades, de vária ordem, com maior ou menor grau de eficácia (Bonfim, Teles, Saraiva, Cadete, Quaresma, & Veiga, 1996). Esta problemática mantém-se actual por diversos factores, seja de carácter social, cultural ou financeiro.

Segundo a teoria da selectividade sócio-emocional, os idosos tornam-se selectivos em relação aos seus relacionamentos sócio-emocionais, evitando envolver-se em muitas relações, atribuindo prioridade aos vínculos que signifiquem proximidade afectiva, promovendo o bem-estar subjectivo (Charles & Cartensen, 2010).

*“A existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e um óptimo prognóstico de bem-estar, uma vez que serve para facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacte”* (Fonseca, Paúl, Martin, & Amado, 2005, p. 102)

Segundo Tuan a qualidade de um lugar está intrinsecamente ligada a um sentimento holístico, atemporal de difícil explicação em toda sua plenitude. (Tuan, 1977).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo (OMS, 2001). Dessa forma, é mais provável que um idoso que esteja física e socialmente activo, que possa visitar com segurança os seus vizinhos, ir ao parque ou apanhar um transporte público, tenha uma maior qualidade de vida. Os idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que pode influenciar a sua qualidade de vida (Pereira, Junqueira, Cotta, Franceschini, Castro, Ribeiro, Lanes, Ferreira; Eloiza, Cecon, 2005).

Apesar de a velhice ter sido associada a perdas da capacidade física e cognitiva, factores psicossociais e funcionais, como o bem-estar e a autonomia, são tidos como importantes preditores de incapacidade e doença, tendo uma actuação mais significativa que os factores clínicos ou demográficos em relação ao envelhecimento bem-sucedido, associado à resiliência (Hardy, Concato, & Gill, 2004)

Fonseca, ao interligar a actividade, o desligamento, a continuidade e a teoria cognitiva do envelhecimento, salienta a importância da funcionalidade para um envelhecimento saudável e activo e relembra a noção de variabilidade adaptativa interindividual. O mesmo autor faz uma análise conjunta do domínio biológico, psicológico, ecológico e sociocultural, que acentuam a necessidade de compreensão da variabilidade interindividual, à multidimensionalidade do desenvolvimento psicológico e à plasticidade desse mesmo desenvolvimento (Fonseca, 2005).

A independência dos idosos para efectuarem as suas actividades de vida diárias e a funcionalidade para a execução de acções diversas são valorizadas e imprescindíveis à manutenção duma qualidade de vida necessária ao bem-estar e satisfação com a vida.

As condicionantes implicadas na funcionalidade dos idosos são múltiplas. Idosos com fortes conexões sociais têm mostrado uma melhor auto-avaliação de saúde e menor comprometimento funcional (Hinterlong, Morrow, & Rozario, 2007). Ambientes ruidosos e degradados estão associados a um retraimento social e são responsáveis por diminuir o estabelecimento de relações sociais entre vizinhos e idosos (Kweon, Sullivan, & Wiley, 1998). A falta de acesso a transportes privados e a transportes públicos pode ter consequências negativas a nível pessoal (Denmark, 1998). Idosos com

limitações funcionais apresentam maiores restrições às suas actividades de vida diárias, tornando-os menos independentes (Schneider, Marcolin, & Dalacorte, 2008).

**QUADRO 4.** Factores protectores da resiliência no luto

<b>Rede social</b>	
Família	<i>Mulheres</i>
	<p><i>“A minha Lúcia (filha) é que faz e o marido, é que me compra é que me troca e o resto entrega-me (despreocupação).” (VA)</i></p> <p><i>“O que dependo mais é da minha filha, porque se eu fosse uma pessoa saudável que pudesse andar, não precisava estar sempre a chamar a minha filha para tudo, ...” (HL)</i></p> <p><i>“A minha filha e o meu genro são muito bons para mim, é como um filho para mim. Se não fosse a minha filha, ou tinha que ir para uma casa de caridade, porque não tenho mais parentes.” (HL);</i></p> <p><i>“tanto a minha filha como as minhas netas, estão sempre para não me faltar nada, uma tem 20 anos e outra tem 30 anos,...” (PA)</i></p> <p><i>“Os meus filhos é que são tudo para mim” (AL)</i></p> <p><i>“A minha filha e os meus netos. Tenho aqui a minha filha, mora aqui (ao lado). Está sempre aqui, entra e sai.” (AD)</i></p> <p><i>“O meu filho mora aqui a dois passos, acima de mim e a minha nora todos os dias vem a esta casa. Não sou das piores (choro contido).”(MJ)</i></p> <p><i>“E tenho o meu povo, se precisar dalguma coisa a minha filha os meus netos os meus genros, tenho um genro viúvo que todos os dias aquele rapaz vem aqui.” (MA)</i></p> <p><i>“Tenho os meus filhos, os meus netos que vêm cá” (MO)</i></p>
	<i>Homens</i>
<p><i>“É a minha cunhada.” (IL)</i></p> <p><i>“Eu tenho filhos e todos os dias tem gente lá uns a limpar outros a sujar.” (EL)</i></p> <p><i>“Tenho a minha família estão todos bem comigo, tenho sempre lá gente. Se não tivesse, havia de estar numa casa de repouso como muitos mais ai para baixo.” (EL)</i></p> <p><i>“Tenho um filho que mora aqui mais abaixo, que não passa</i></p>	

	<p><i>dia nenhum que não passe aqui para saber se preciso de alguma coisa.” (FB)</i></p> <p><i>“Tem um filho que vem sempre almoçar aqui, mora mesmo aqui só tem uma casa a meio, tenho outro mais acima, tenho outro que mora no Posto Santo.” (FB)</i></p> <p><i>“Sempre vêm, mas também não vêm muito, todos têm a sua vida, têm de cuidar da sua vida. Eles não podem estar sempre aqui. O meu filho vem aqui às vezes e a minha rapariga também vem, mas está tudo a cuidar da sua vida.” (JF)</i></p> <p><i>“Uma pessoa fica sozinha. As minhas filhas vão-me ajudando.” (JD)</i></p> <p><i>“As filhas estão sempre por aqui.” (JD)</i></p>
Amigos	<i>Mulheres</i>
	<p><i>“Se não fosse eles uma pessoa morria mesmo. Além duma pessoa estar triste e não ter quem venha cá é pior. Tenho muitos amigos aqui ao pé da casa.” (VA)</i></p> <p><i>Com a minha amiga dou-me muito bem e com a minha nora e com a minha irmã.</i></p> <p><i>“Não tenho grande apoio de pessoas amigas, se vêm aqui alguma pessoa amiga é um bocadinho e é raro.” (HL)</i></p> <p><i>“Não tenho assim um grupo de amigos, afastei-me depois da doença do meu marido um bocado dos amigos, isolei-me um bocado. Depois da morte dele mantive-me isolada.” (MO)</i></p>
	<i>Homens</i>
	<p><i>“Eu tenho amigos, uns melhores, uns mais ruins, mas eu sou amigo de toda a gente.” (EL)</i></p> <p><i>“Tenho alguns, que às vezes dávamos umas voltinhas, depois do almoço, ou íamos almoçar a algum lado.” (JD)</i></p>
Vizinhança	<i>Mulheres</i>
	<p><i>“Muito importante, quer vizinhos quer família. Não tão importantes como a família, mas são vizinhos muito bons.” (MJ)</i></p> <p><i>“Tenho pouca vizinhança aqui, estive sempre bem com a minha vizinha ia lá quando era preciso e eles vinham quando era preciso, mas não era de andar para lá e para cá e mesmo agora tenho</i></p>

*pouca vizinhança. Portanto, não tenho grande vizinhança para ter convivência.” (HL)*

*“As nossas vizinhas é cada uma nas suas casas, não são vizinhas de andar em casas umas das outras, não por dizer que estou mal com nenhuma, porque não estou mal com nenhuma. Cada uma nas suas casas a governar a sua vida.” (MT)*

*“E tem algumas pessoas que passam por aqui, que perguntam como é que eu estou.” (BE)*

*“Também tenho sou amiga de toda a gente. Se preciso eles vêm a minha casa, mas também não estou doente, agente se encontra conversa, quando passam.” (PA)*

*“Tenho os meus vizinhos, a minha cunhada aqui. Estamos muito aqui em conjunto. Dou-me com os meus vizinhos todos, tudo me visita tudo me faz. Na morte do meu marido acompanhou-me. Não sinto falta de ninguém” (MA)*

*“Ainda agora não fui lá buscar nada (mercearia), fui lá só pagar, é como um ponto de encontro, é tudo gente boa. São pessoas que já conheço à muitos anos. Vê lá, fui criada aqui.” (MJ)*

*“Os vizinhos são muito bons, estou aqui muito bem, rodeada de gente toda boa, seja por amor de Deus. Até tenho aqui uma vizinha que me deu o seu número de telefone, que sabia que eu estava sozinha e tem os telefones dos meus filhos.” (PA)*

*“os vizinhos também são amigos de visitar-me.” (MO)*

#### *Homens*

*“Tenho amigos, graças a Deus. Tenho boa vizinhança.” (FB)*

*“Esta não me é nada (vizinha) e vem para aqui, mas esta coitada não me deixa. (...) esta ainda é mais do que a minha filha (lágrimas).” (JF)*

*“e tenho aqui os vizinhos, todos eles, mesmo aqui mais abaixo tenho uma sobrinha. E então tenho muito apoio dos meus amigos, muito apoio. A vir cá tenho alguns afilhados que vem cá.” (JR)*

*“É todos, aqui. Esta aqui é muito minha vizinha mesmo aqui, e é logo aqui na banda de cima, e todos os vizinhos, eu amanho-me muito bem com eles.” (JF)*

Comunidade	Mulheres
	<p>“O Sr. Padre vem-me trazer todos os meses, na primeira 5ª feira do mês, vem-me trazer Nosso Senhor a casa. Não vou à missa porque é muito longe.” (JF)</p> <p>“O Sr. Padre vem aqui todos os meses, dar-me o Nosso Senhor.” (HL)</p>
	Homens
	“É o grupo de Idosos” (JR)
<b>Residência</b>	
Mulheres	
Ligação à casa de moradia	<p>“Ai é, então, Nosso Senhor que não me tire daqui. O asilo não (fácies triste e medo).” (VA)</p> <p>“Mas prefiro estar aqui sozinha, que em casa da Lúcia (filha).” (VA)</p> <p>“Optei por viver sozinha porque tinha perdido o meu marido, com tanta pena, e perder a minha casa era muito triste (choro). ...porque também aqui estou entre gente, sabes, e eu achei que as duas perdas iam ser muito (choro contido). “ (MJ)</p> <p>“não por causa da freguesia, é a minha casa” (HL)</p> <p>“É por gostar de estar na minha casa, estou aqui acostuada há muito ano, estou para aqui e custa-me fechar a porta e ir para casa da minha filha e deixar isto para trás. Vou deixar um dia quando morrer.” (HL)</p> <p>“Não me ia sentir tão bem como em minha casa” (MO)</p>
	Homens
	<p>“De maneira nenhuma saio daqui, trocava se a botasse cá viva, isso trocava agora mais nada. Isto nem por dinheiro saio daqui.” (JR)</p> <p>“sinto-me bem em casa. Saio de manhã, vou fazer as minhas compras, depois venho para casa, não saio para lado nenhum. Dos vizinhos, amigos, e sinto-me bem nesta casa, já há muito ano que moro aqui, sinto-me bem. “ (FL)</p> <p>“A casa é o mais importante, por já sabe quando a gente larga as nossas casas é pior.(EL)</p>

	<i>“Não estou mal com ninguém, mas já sabe que eles não vêm para nossa casas fazer nada. Dou-me com os vizinhos todos.” (IL)</i>
O lugar	<i>Mulheres</i>
	<i>“Isso aqui é um lugarzinho muito bonzinho” (PA)</i> <i>“Pois sempre fui criada aqui, estou habituada aqui.” (AD)</i> <i>“Vivo sozinha porque a minha filha mora aqui ao meu lado, e depois estou, ela está casada, ela também está viúva, tem os seus filhos e eu, o meu marido faleceu, fiquei aqui, a casa era nossa fiquei aqui a viver.” (AD)</i> <i>“Nasci nesta casa, estou aqui há muito ano, estive emigrada, mas graças a Deus já estou há muitos anos aqui. É os meus vizinhos da minha infância.” (MJ)</i> <i>“tenho o meu cunhado aqui ao pé, eles estão a tossir e eu sinto em casa, não tenho moléstia nenhuma de estar em casa, sinto muito bem.” (MT1)</i>
	<i>Homens</i>
	<i>“Passei a minha vida ali e é ali que me sinto bem.” (EL)</i>
<b>Independência</b>	
	<i>Mulheres</i>
	<i>“Vivo sozinha porque quero, se não pudesse viver sozinha, ou se tivesse medo, ou que não pudesse estar, ia para casa da minha filha. Ela queria que eu fosse para lá, mas por enquanto não vou.” (HL);</i> <i>“Gosto de ir para casa da minha filha, mas tenho aquela coisa como a minha casa. Não tenho aquela cerimónia e eles punham-me à vontade para o que eu quiser. Mas na minha casa, se eu estiver mal disposta deito-me um bocadinho, durante o dia faço o que quero e em casa da minha filha também podia fazer, mas já não é como em minha casa, já faz diferença.” (HL)</i> <i>“A pessoa que fica viúva e ainda no seu juízo e ainda pode qualquer coisa, é estarem nas suas casa, se poderem porque há pessoas que têm medo. Porque temos em casa dos nossos filhos, mas estamos é a favor. “ (HL)</i> <i>“Por enquanto ainda resolvo a minha vida, mas um dia mais tarde, não sei o que vai acontecer.” (MT)</i> <i>“Por enquanto eu é que vou fazendo. Vou arrematando a minha vida, a limpeza, a minha comidinha, porque não tenho ninguém (suspiro).” (MT)</i>

*“Pois em casa às vezes apetece-me a comer, e como uma coisinha, apetece-me a lavar uma loiça e lavo. Às vezes quero descansar e deito-me. Em casa do meu filho às vezes apetece-me a deitar-me no sofá, mas isso não, sento-me num banco e vejo um bocadinho de televisão. “ (BE)*

*“É porque eu quero, quando me acho aborrecida vou para casa da minha filha, mas eu gosto de estar na minha casa. Estou é porque quero, não é por não ter possibilidade de ir para casa da minha filha. Quando eu não puder, vou para casa dela, mas enquanto puder, gosto de estar na minha casa.” (PA)*

*“Gosto muito do sossego, eles são novos, tem a minha neta que também gosta de ver televisão, é mais barulho, mais desassossego, a minha cabeça não quer muito desassossego. Eu gosto de estar muito acomodadinha. Às vezes eu digo: oh Nosso Senhor deixa-me estar aqui em casa sozinha.” (PA)*

*“Ela às vezes diz para eu ir e eu digo que fica para o próximo fim-de-semana, e ela não aperta muito porque sabe que eu gosto de ficar sozinha em casa.” (PA)*

*“Por enquanto ainda faço a minha vida, ...” (AL)*

*“em menos eu poder é aqui na minha casinha.” (AL)*

*“Decido tudo por mim, sou muito então autoritária para mim mesmo. Os meus filhos sabem, gosto muito de ter a minha vontade própria.” (MJ)*

*“Enquanto eu puder, gostava de manter assim, para não incomodar, mas também porque gosto de ser livre.” (MJ)*

*“Para não incomodar, para não ser um estorvo, sinto que na minha casa, sempre estive, nasci, vivi. “ (MO)*

#### *Homens*

*“O meu genro queria que eu ficasse nas Fontinhas, mas eu quero é a minha casa. Sinto-me bem aqui, não impeço com ninguém, não chateio, não incomodo.” (JR)*

*“a gente quando está nas nossas casas é sempre melhor. Para um lar de idosos já é mais difícil.” (IL)*

*“eu por hora vou andando assim, é melhor para eles. É dois irmãos que vivem juntos solteiros, e quando é preciso fazer alguma coisa eles vêm. Por hora vou andando assim.” (IL)*

*“Eu tinha oportunidade para outro sítio, já estive na América, Brasil, Angola, já andei um bocado neste mundo. Estou aqui por minha vontade, gosto de estar em minha casa, estou por minha vontade” (FB)*

*“Eu para ficar sem nada, nada..., prefiro estar da maneira que estou.” (BT)*

<b>Funcionalidade</b>
<i>Mulheres</i>
<p><i>“Faço a minha vida toda, ainda é que governo a minha vida toda. Enquanto eu puder.” (AD)</i></p> <p><i>“então a minha vida vou amanhando graças a Deus.” (AL)</i></p> <p><i>“Também tenho pouco que fazer: fazer as compras, fazer o almoço, o jantar. Não tenho mais nada, é gerir a casa.” (AD)</i></p>
<i>Homens</i>
<p><i>“Eu geralmente faço (refeição).” (FL)</i></p> <p><i>“De resto eu é que faço tudo, faço alguma coisa para comer e vivo sozinho... vivo sozinho mas vivo bem.” (EL)</i></p> <p><i>“Pois eu tenho andado assim, compro as comidas, faço alguma coisa também.” (IL)</i></p>
<b>Financeiro</b>
<i>Mulheres</i>
<p><i>“Também de finanças não sou rica, mas fiquei com a minha vidinha mais ou menos, tenho a minha casinha para morar, tenho a minha reformazinha, que vou vivendo.” (MA)</i></p> <p><i>“Sempre agora é menos dinheiro. Mas eu arremato-me. Daqui para lá a gente não sabe naquilo que vai dar. Vou controlando, que remédio.” (PA)</i></p> <p><i>“É o dinheiro, que é pouco (riso). Mas a gente vai vivendo, graças a Deus.” (AL)</i></p> <p><i>“Ele faleceu fiquei com menos, mas dá para a gente ir vivendo, dá para mim ir vivendo. Enquanto o governo quiser ir dando.” (AD)</i></p> <p><i>“Fonte de rendimento precisava, que eu não sou rica. Mas também não vivo com dificuldades, graças a Deus, a reforma que o meu marido deixou não é muito grande, mas eu também nunca fui acostumada com muitas abundâncias, vai dando para eu viver.” (MJ)</i></p> <p><i>“Não me falta nada. Tenho a minha pensão para indo manter-me.” (VA)</i></p> <p><i>“Tenho uma reformazinha, mas às vezes na dá. Tenho é um dinheirinho no banco” (BE)</i></p> <p><i>“Ele tinha uma reforma boa, já sabe que não tenho uma reforma inteira dele, 60% da reforma, eu também tenho uma reforma pequena dos bordados, são duzentos e tal euros, mas junta com a pensão de viúva dá-me para viver.” (HL)</i></p>

## Homens

*“Não tenho necessidade de nada, felizmente. Fiquei com uma reforma da minha mulher. Não tenho dificuldades financeiras” (JR)*

*“Também tenho uma coisa que me dá um dinheirinho. Arranjo uns esquentadores, sempre ganho mais um dinheirinho. Em termos financeiros, se a coisa não der para o torto, estou bem.” (JR)*

*“Eu estou a viver bem. Apoio é o Estado que me está a dar uma reforma aí.” (EL)*

*“Graças a deus não devo um tostão a ninguém.” (FB)*

*“Eu trabalhei muito, muito. Quase de dia e de noite. E agora estou a receber uma coisinha que eles me dão.” (JF)*

*“Não sei o que é que o governo quer. Se não me cortar mais nada eu hei-de ir andando.” (BT)*

*“Tenho uma reforma boa, e portanto vou vivendo.” (JD)*

*“Se o governo não me tirar o que me está dando, e a vida não me correr mal.” (JR)*

A família constitui o maior suporte dos viúvos, em que os filhos são na sua larga maioria o suporte da rede social dos idosos que constituíram a amostra deste estudo. São eles que colmatam as necessidades instrumentais dos pais, os apoiam emocionalmente e minimizam o sofrimento e os problemas com que se confrontam os pais.

Os amigos são apontados como sendo parte da rede social. Contudo, essas amizades são as que foram criadas na comunidade em que a aproximação física é real e circunscrita à vizinhança. Não estando tão próximos e envolvidos emocionalmente, os vizinhos ou amigos apenas prestam-se a dar apoios pontuais e na maioria das vezes quando solicitados pelo próprio viúvo. Foi referenciada uma vizinha que dava muito apoio a um viúvo; no entanto, foi revelado, mais tarde, que esta ajuda seria remunerada.

O envolvimento da comunidade na resolução do luto nos seus idosos é diminuto.

Transparece mesmo a ideia que a comunidade promove o isolamento do viúvo, como por exemplo, aquando da visita a casa do viúvo pelo pároco uma vez por mês, a fim de dar a comunhão, atrasa-se deste modo a reintegração social com o perpetuar do isolamento do idoso em casa, quando este é capaz de se deslocar à igreja e participar integralmente num acto religioso.

Os grupos de idosos não são apelativos para os viúvos recentes, registando-se apenas a frequência por parte de um viúvo no grupo de convívio, que mesmo assim relatou dificuldades em permanecer no Centro de Convívio em datas lembradas.

A ligação à casa é proporcional a ambos os géneros. A identificação que os viúvos têm com a sua casa é muito forte, maior ainda quantos mais forem os anos passados em conjunto nestes mesmos lares.

Mais do que o conforto que a casa possa oferecer, os viúvos valorizam a relação sentimental que têm com a habitação. O bem-estar proporcionado é emocional e passa pela habituação ao espaço e à adequação do ambiente ao idoso. O lugar é mais significativo para as mulheres, devido à proximidade com os seus familiares e afinidades estabelecidas com a sua rede social.

A independência como valor universal, apesar dos inconvenientes que possamos entender que traz aos viúvos a viverem sós não é de todo algo que a maioria dos viúvos esteja com vontade de abrir mão. Esta atitude apenas é tomada caso os idosos deixem de ter condições de saúde e porque têm a opção de viverem em casa dos familiares mais próximos, nomeadamente, os filhos. A razão de ser desta afirmação de independência também passa, conforme o relato dos entrevistados, pela preocupação em não incomodar e ser causador de transtornos para os seus familiares.

A funcionalidade, apesar de não ser algo que esteja inerente a todos e não se manifestar de forma integral, é compensada pelos apoios da rede social, que suprem as carências dos viúvos.

Os idosos, não sendo exigentes consigo mesmos, nem com o ambiente que os rodeiam, acabam por limitar em parte as suas acções nas actividades da vida diária, como por exemplo, a confecção de alimentos.

Uma vivência sem grandes dificuldades económicas deve-se, em parte, às exigências mínimas por parte dos viúvos, no que concerne às actividades e bens considerados supérfluos, ao facto de terem moradia própria, não terem créditos bancários, receberem uma pensão e a percentagem da pensão do cônjuge falecido.

#### **1.4 Factores de risco da resiliência no luto**

Risco implica resultados negativos e indesejáveis no desenvolvimento humano, que quando presentes, facilitam as condições de o indivíduo manifestar problemas físicos, emocionais ou sociais. Tradicionalmente, os factores de risco são responsáveis por acentuar a doença ou estados deficientes, definidos de forma estática como evento

stressante. Porém, a tendência actual projecta para a importância de analisar os factores de risco enquanto processos (Hutz & Silva, 2002).

A solidão provoca um sentimento de vazio interior, que pode estar presente no ser humano nas diferentes fases da vida e tende a ser mais frequente com o envelhecimento. Factores psicológicos e sociais parecem estar relacionados com o seu surgimento, como a depressão, o luto, o isolamento social e o abandono (Guidetti & Pereira, 2008)

A solidão interfere na qualidade de vida da pessoa, que se priva do convívio, empobrecendo o conhecimento adquirido no contacto social e afectando as actividades de vida diária (Litvoc & Brito, 2004).

Na psicologia social, isolamento significa a privação de contactos sociais, a tendência a evitar contactos sociais. Em psicanálise, o isolamento constitui um processo semelhante, nos seus efeitos, à repressão, mas distingue-se desta pelo facto de o impulso ou desejo subjacente ser conscientemente reconhecido, embora a sua relação com o comportamento real não o seja. O isolamento é sintoma comum na neurose obsessivo-compulsiva, mas é raro encontrar essa tendência nas pessoas normais (Freud, 1999).

Todo o ser humano – criança, jovem ou idoso – para um bem-estar biopsicossocial, necessita de conviver com outras pessoas. A prática de actividades em grupo traz mudanças positivas na comunicação dos idosos. Nesse sentido, as relações sociais entre mais velhos estimulam a mente e o pensamento, tendo múltiplos efeitos benéficos sobre a saúde e bem-estar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (Guidetti & Pereira, 2008).

A solidão é um sentimento de vazio interior proveniente da falta de interacção, de diálogo e de convívio, que pode ocorrer nos casos de ninho vazio (Pedrozo & Portella, 2003).

Ao juntar-se o comprometimento da mobilidade, dos idosos, às dificuldades inerentes ao luto, a reestruturação da vida do viúvo torna-se ainda mais difícil.

O envelhecimento, processo inexorável aos seres vivos, conduz a uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, aumentando o risco do sedentarismo. Essas alterações, nos domínios biopsicossociais, põem em risco a qualidade de vida do idoso, por limitar a sua capacidade para realizar, com vigor, as suas actividades do quotidiano e colocar em maior vulnerabilidade a sua saúde (Spirduso, 1995).

**QUADRO 5.** Entrevistas. Factores de risco da resiliência no luto

<b>Isolamento social</b>
<i>Mulheres</i>
<p><i>“A minha filha já me disse porque a mãe não vai ao convívio dos Idosos e o carro vem buscar as pessoas, mas por enquanto não me apetece, para ir sem ter vontade, não me serve de nada estar ali.” (HL)</i></p> <p><i>“E a pessoa descarregava em cima dele, porque não tinha mais ninguém, era ele. A gente vivia os dois um para o outro. Há 9 anos que estava em casa, parado por doenças, mas veio a doença maldita do câncer e ele acabou.” (MJ)</i></p> <p><i>“eu costumava ir para a Terceira Idade, mas eu praticamente desde que ele morreu, ele ia também, pronto, eu hei-de ir, não digo que não vá mais, está muito recente, quando isto adiantar mais.” (MA)</i></p> <p><i>“a minha filha diz-me assim: oh mãe, tu dizias que nunca saias, por causa do pai (doente), agora estás sozinha não queres sair. Pois estive tanto ano aqui fechada nesta casa, que não me apetece a sair.” (PA)</i></p>
<i>Homens</i>
<p><i>“Sozinho, é como se costuma dizer, é como um porco num isqueiro. Um homem sozinho numa casa é um desgraçado. Porque ainda alguns como eu, ajeitei-me a fazer algumas coisas, ...” (BT)</i></p> <p><i>“Eu fui agora às Flores, fui sozinho, tu não queiras saber, passei mais da metade do tempo foi no quarto fechado (chorar). Não posso. Fui aqui abaixo a um convívio, ainda ontem, a gente sai ali 6h00, 7h00 da tarde, era 4h00 fui-me embora, já não podia estar (chorar).” (JR)</i></p> <p><i>“Pois, se eu quisesse viver com alguém, tinha a minha mulher, mas desde que ela morreu eu estou aqui sozinho.” (IL)</i></p>
<b>Solidão</b>
<i>Mulheres</i>
<p><i>“É por causa do meu homem, que era a minha companhia. O meu homem era muito mau, levei muita pancada, mas quando era à noite fechava a porta e tinha a minha casa cheia. Entre marido e mulher ninguém meta a colher, porque eles brigam agora e quando era de manhã estavam amigos.” (VA);</i></p> <p><i>“sinto uma solidão muito grande, não tenho com quem falar, não tenho ninguém, durante o dia (chorar). À noite a minha filha vem cá, todos os dias, um bocadinho à noite. Mas o que me custa mais é estar sozinha sem ter ninguém para falar e distrair</i></p>

(chorar).” (HL)

“Pois vejo a tristeza de ver a falta dele. Então quando é à noite... Já sabe que sinto muito a falta dele, mas a vida agora é assim (expressão triste, lágrima).” (MT)

“Pois é estar muito sozinha.” (MT)

“Mais ou menos, é uma solidão. Já sabe que uma pessoa está sozinha, é triste. (choro). (BE)

“Estava acostumada com ele. Ele estava sempre aqui em casa mais eu, era a minha companhia.” (B)

O meu marido tinha 77 anos, mas era muito caseiro, já não trabalhava estava muito por casa, fez-me muita falta.” (AL)

“uma pessoa sem o apoio da família é muito triste, uma pessoa só. A solidão mata a pessoa.” (MA)

“ os meus filhos estão todos aí para fora, uns na América outros no Canada. Se eles estivessem aqui, talvez fosse viver de outra maneira, mas eu estou muito sozinha.” (MT)

“É triste viver sozinha, é assim. “ (MT)

“Sinto-me muito só e desprotegida.” (MO)

#### Homens

“O que me está a dificultar muito é a saudade.” (JR)

“A mim o que custa muito, é chegar à noite e entrar para o quarto. É ali (chora)” (JR)

“É chegar a casa e olhar para as paredes.” (FL)

“É falta de mulher, mas se uma pessoa quiser, tens aí.” (JD)

“Não tem sido assim difícil, mas a falta dela está sempre. Não passa um dia que não me lembre dela (lágrimas)” (JD)

“Se tivesse uma companhia, mas uma companhia.... Não é por não gostar do Canadá, pois já estive lá quatro vezes... mas se tivesse aqui uma companhia, como tem... eu não ia para o Canadá, ficava aqui no meu aposentozinho. Mas como não tenho, eu vou tentar... para ver se isto acalma mais (lágrimas/choro contido).” (BT)

“Custa-me mais porque não posso trabalhar, com a minha idade estou aqui em casa sozinho” (FB)

“Foi ficar sem a minha mulher, isso foi o principal, foi a minha companhia, foram 58 anos.” (BT)

<b>Doença</b>	
<i>Mulheres</i>	
<i>“Neste momento está a ser difícil. Mas era uma pessoa forte. Antes de ter esta depressão era uma pessoa forte, de encarar a vida e ir para a frente com a minha vida, agora sinto-me muito fragilizada, sinto-me muitas vezes incapacitada e com medos, insegurança, muito triste.” (MO)</i>	
<i>Homens</i>	
<i>“Tenho necessidade de ter saúde, de ter força.” (FB)</i>	
<b>Mobilidade comprometida</b>	
Factores intrínsecos	<i>Mulheres</i>
	<i>“Esta coisa de não andar bem, para não dar tanto trabalho à minha filha. Porque se pudesse andar mais e fazer mais alguma coisa ai para fora, não lhe dava tanto trabalho. Ela é o meu braço direito.” (HL)</i>
	<i>“mas eu não posso ficar muito tempo, porque não posso estar muito tempo sentada, nem em pé, não tenho posição. Não vou todos as vezes que quero porque não posso andar e não posso estar sempre a incomodar a minha filha.” (HL)</i>
	<i>“Ando sempre muito mal, mal das pernas. Dores nas pernas, dores nos braços, na cabeça nas vistas.” (BE)</i>
	<i>“Tenho é medo de estar deitada, porque quando me levanto é umas dores nestas pernas, que é um disparate.” (BE)</i>
	<i>“Já sabe que tenho dores, tem dias. Tem dias que me deixa ir à missa, mas tem dias que não posso ir. De manhã aproveito vou buscar as minhas coisas à mercearia e as minhas coisas que me faltam. Às vezes tomo um comprimido e vou para a cama, deite-me um bocadinho, já quando me levanto, já estou mais tenteadinha.” (PA)</i>
	<i>“não fosse essas dores, tinha força bastante para trabalhar.” (PA)</i>
<i>“gostava de ajudar a limpar a Igreja de fazer umas certas coisas, mas devido ao pé não posso caminhar para muito longe. Tenho estado muito por casa, noto que isto não tem me feito bem, mas tem sido assim.” (MJ)</i>	

	<p><i>“Se eu já estou muito fechada com a minha saudade, a passar a minha dor, ainda sem poder andar, não me deixa ir mais à frente.” (MJ)</i></p> <p><i>“ não posso andar e depois a minha filha é que é para tudo, quando é para ir ao médico, às compras; é que me faz tudo, tudo o que preciso fazer ai para fora, se eu pudesse eu fazia porque ainda estou meia atinada para isso, estou esquecida à proporção da idade que tenho.” (HL)</i></p>
	<i>Homens</i>
	<p><i>“Mas eu também estou a ficar muito atrapalhado das pernas, e depois para estar sozinho..., a gente vai andando assim” (IL)</i></p> <p><i>“eu queixo-me do coração, e das pernas, então é uma coisa séria... reumatismo tenho feito “tratamentos, mas tem feito pouco efeito. Pois isto já sabe que a velhice é sempre mau, a velhice não presta para nada.” (IL)</i></p> <p><i>“É não poder. Não posso andar, não posso ir fazer nada, mas os rapazes fazem quando podem. Aqui dentro de casa vou andando, (...) As pernas é que não querem andar (risos). Cada vez é mais pior. Por hora vou andando para trás e para a frente, vou esgadanhando” (JF)</i></p> <p><i>“O que tem mais dificuldade é este joelho. Vejo que me sinto mais cansado, mesmo da perna.” (BT)</i></p>
Factores extrínsecos	<i>Mulheres</i>
	<p><i>“Senti muita falta do meu carro, eu não conduzia, era o meu marido, senti muita falta. Duma hora para a outra quem tinha um marido, que levava para aqui para acolá e de repente o carro, foi-se embora, foi-se o marido; isto são perdas grandes.” (MJ)</i></p>

A convivência dos viúvos tende a diminuir, em parte, por estes reduzirem os seus contactos sociais intencionalmente.

Os viúvos alegam falta de vontade e dificuldade em habituarem-se à realização de actividades que antes eram feitas a dois e agora são realizadas apenas por eles.

Os homens são os que tendem mais a estabelecer contactos sociais e a não pretenderem perpetuar o isolamento por demasiado tempo.

A falta de companhia é por diversas vezes mencionada pelos viúvos, no entanto, parece ser mais sofrida pelas mulheres que personalizam a solidão e justificam-na com a perda do cônjuge.

Esta solidão parece estar muito relacionada com uma habituação do viúvo ao cônjuge, anterior ao luto. Este sentimento é notoriamente mais exacerbado à noite, quando o idoso se encontra só, em casa.

A mobilidade está condicionada entre muitos dos viúvos que constituem a amostra, em larga medida não por questões de saúde diversas, mas especificamente por dificuldade de locomoção e sintomatologia identificada como diminuição de força muscular e dores nos membros inferiores e pés. Fazendo parte do processo degenerativo derivado do envelhecimento dos tecidos, a sintomatologia não é tida como doença, noção que é generalizada pelos idosos. Os viúvos não procuram tratar a doença que dificulta a sua mobilidade, por julgarem ser impossível a recuperação, tentando deste modo minimizar o sofrimento e dificuldade, evitando grandes deslocações e solicitando apoios à sua mobilidade.

A doença também é apontada como factor de risco à resolução do processo de luto, principalmente a saúde mental.

As condicionantes extrínsecas à mobilidade foram apenas referenciadas por uma mulher que relatou sentir falta do carro de família que era conduzido pelo marido.

### **1.5 Coping no luto**

As crenças de auto eficácia, no contexto da teoria social cognitiva, são consideradas como aquelas que as pessoas têm na sua própria capacidade de organizar e executar um determinado curso de acção para produzir um determinado resultado (Bandura, 1997). As crenças na capacidade de exercer controlo sobre aquilo que afecta as pessoas são fortes indicadores do nível de realizações que os indivíduos atingem e afectam processos cognitivos, afectivos e de selecção, ou seja, como as pessoas pensam, sentem e se motivam, inclusive para enfrentar o stress e lidar com o ambiente social e físico (Bandura, 1993).

As crenças de auto eficácia afectam também a quantidade de stress e depressão que as pessoas podem experimentar, especialmente quando afectadas pela severidade e cronicidade das doenças (Bandura, 1997). Os idosos auto eficazes nos cuidados em relação à doença, além de melhorarem a qualidade de saúde e reduzirem a necessidade

de serviços médicos, utilizam melhores estratégias de coping. Crenças na eficácia pessoal ocupam um papel regulador central na prevenção da saúde e no desenvolvimento de comportamentos resilientes para lidar com a vulnerabilidade.

O bem-estar emocional pode ser conceptualizado em termos de felicidade, satisfação com a vida, equilíbrio entre experiências positivas e negativas, sendo a velhice associada a baixos níveis de afecto negativo, ansiedade, depressão maior e aumento da satisfação com a vida e níveis estáveis de afecto positivo (Charles & Carstensen, 2010). Quando ocorrem decréscimos em relação ao bem-estar, estes geralmente ocorrem depois dos 60 anos e em pequena magnitude. Diante de tensões interpessoais inevitáveis e de situações stressantes, os idosos assumem posturas mais acomodativas, deixando a situação passar.

Os idosos utilizam um coping mais acomodativo em relação a situações stressantes do que o confronto, apresentando maior flexibilidade frente ao fracasso e à adversidade, quando comparados com adultos jovens (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1995). O coping acomodativo funciona como factor regulador de perdas inerentes ao envelhecimento. Os idosos enfrentam directamente os problemas tanto quanto se esquivam; sentem-se menos responsáveis por eles, aprendem a diferenciar o stress controlável do incontrolável (Aldwin & Gilmer, 2003).

Os idosos utilizam ainda o coping pró-activo. Este refere-se ao uso de estratégias de prevenção ou minimização do efeito stress futuros, apoiando-se em recursos acumulados ao longo da vida com o objectivo de tornar-se resiliente (Aspinwall & Taylor, 1997).

O coping utilizado pelos idosos está relacionado ao desenvolvimento de habilidades de auto-regulação, que proporcionam meios de se recuperar após perdas e traumas, ao lado de capacidades como as de simbolizar, planear estratégias alternativas (antecipar), aprender com experiências vicárias (observando outros), auto reflexão (atribuir significados às próprias acções), auto-observação e auto-monitorização (Pajares, 2002).

Por sua vez, a participação regular em actividades físicas constitui um excelente meio de prover a saúde física e mental e possibilita a interacção com outras pessoas. De acordo com Feckel (2005), a mudança de um viver mais sedentário para um viver mais activo ao longo da vida traz efeitos benéficos à pessoa, proporcionando-lhe um envelhecimento saudável. O desenvolvimento da prática de actividade física auxilia na prevenção de factores de risco que levam ao aparecimento de doenças crónicas não

transmissíveis, como o diabetes, doença cardiovascular, artrose, osteoporose (Cruz, Mello, & Flores, 2002).

A vivência da vida espiritual na velhice pode ser um recurso confortante e amenizador da solidão ou sofrimento pela perda. Por meio da fé, a idosa viúva encontra recursos para ter harmonia e esperança. Berger (1995) afirma que o ser humano precisa de agir conforme as suas crenças e valores, porque é isso que forma a sua dimensão espiritual; assim, praticante ou não, a religião permite o equilíbrio entre a saúde física e mental, harmonizando a pessoa com ela própria, com os outros e com a natureza.

As estratégias de coping reunidas nesta categoria são as actividades realizadas pelos idosos, que as utilizam conscientemente, com o intuito de minimizar a solidão. As estratégias de procura de apoio e expressão emocional estão categorizadas noutras dimensões.

#### **QUADRO 6.** Coping no luto

<b>Estilo de coping</b>
<i>Mulheres</i>
<p><i>“Que remédio, uma vez a chorar, uma vez a rir e vou andando. Eu parece-me que isto está muito fresco, mas eu pareço-me que vou aguentar. Mas eu cá não sei, Deus é que sabe.” (VA)</i></p> <p><i>“Eu não sou melhor do que as outras que perdem os seus maridos e que têm pena deles, mas isto foi um choque tanto grande que parece-me que nunca mais me passa. Mas vai-me passar porque não sou diferente das outras (voz trémula).” (HL)</i></p> <p><i>“o mundo foi feito assim, as outras que ficam sem os seus maridos é a mesma coisa, eu não sou diferente das outras” (HL)</i></p> <p><i>“Mas eu digo sempre que estou bem. Elas telefonam-me todos os dias de manhã e a minha neta passa sempre aqui depois da escola e eu digo sempre: está bom está bom, não sou muito queixosa. Se eu disser que estou mal, elas querem é arrastar-me para sua casa (risos).” (PA)</i></p> <p><i>“Quando não puder, olha, paciência. Também Nosso Senhor dê-me mais uns aninhos, que também já penei bastante para estar aqui em casa sozinha.” (PA)</i></p> <p><i>“Que remédio a gente tem. É dia-a-dia, não passa dia que não se chore. E vida vai-se passando assim, dessa maneira. Não saio.” (AL)</i></p> <p><i>“Não tenho (medo) nenhum, à noite fecho as portadas. Se uma pessoa tiver de morrer, tanto morre em casa duma filha como em casa.” (AL)</i></p>

*“Eu não desesperei, não achei de forma natural, acho que foi um coisa que me tiraram, mas perante Deus eu não desesperei, e estou a aceitar, assim começou o mundo assim vai acabar. A gente tem de saber aceitar as coisas. Mas foi um roubo muito grande” (MJ)*

*“Com paciência e com a ajuda de Deus. Sabes como eu as tenho ultrapassado, é com a ajuda de Deus. Muito fé que tenho” (MJ)*

*“Mas a gente vai suportar isto tudo, porque a gente não somos eternos, também eu vou ir, concerteza eu vou ir, o que é que eu vou fazer.” (MA)*

*“Enfrentar a vida, porque então se a gente se sentar numa cadeira à espera de morrer, eu não acho graça a isso, eu não paro e continuo com a minha vida, porque eu já passei uma dor maior talvez que essa, ver uma filha a morrer e 4 filhos a ficar atrás”*

*“Se a minha filha vem trazer comida e digo não precisa, se não depois o que é que eu vou fazer. Digo às pessoas que continuem que parar é morrer. (...) Para uma viúva qualquer coisa dá” (MT1)*

*“Não temos outro remédio se não conformar-se.” (MT)*

*Homens*

*“É preciso que o velho veja e se compadeça que está numa situação chata e que o novo não tem a culpa disso, e que compreenda, por isso eu prefiro viver cá sozinho.” (JR)*

*“a gente vai andando, vai vivendo ao sabor do tempo.” (IL)*

*“Tudo bem que somos velhos, mas estamos sempre a ver coisas novas e sempre a aprender na vida. Enquanto falar, ouvir e ver, estamos sempre a aprender coisas novas.” (EL)*

*“Quero estar aqui até que Deus quiser, e quando se lembrar de mim que seja numa boa hora, não tenho mais com isto.” (FB)*

*“ Fui resolvendo sempre os meus problemas.” (JD)*

*”para dizer a verdade ao senhor, não sou daquelas pessoas que não sabem o que é que querem. Eu sei que vim aqui a este mundo, foi uma passagem” (FB)*

**Estratégias de coping**

*Mulheres*

Visitar familiares/  
amigos/vizinhos

*“E vou a casa delas, mas não vou muitas vezes porque me custa a andar. Vou mais a casa das vizinhas porque é menos o subir, e elas estão sempre aqui.” (VA)*

*“Vou a casa da minha irmã, mas ela está pior do que eu,*

	<p><i>está muito doente.” (MT)</i></p> <p><i>“tenho aqui uma vizinha, que é muito amiga, que vou para lá para distrair, mais ela.” (BE)</i></p> <p><i>“Estou tenteada de dia e à tarde vou para lá (casa da nora).” (BE)</i></p>
Conversar com familiares/ amigos/vizinhos	<p><i>“Eu converso com as minha amigas” (AD)</i></p> <p><i>“E tenho o telefone que às vezes uma liga, outra liga.” (AD)</i></p>
Ver Televisão	<p><i>“Distraio um bocadinho com a televisão, não é por me importar saber com televisão, mas uma pessoa assim à noite, não me gosto de deitar muito cedo, porque depois também acordo, e depois vou buscar coisas para a cabeça, depois uma pessoa fica descontrolada da cabeça da parte da manhã, nem durmo e depois nem descanso, e depois fico mal disposta prefiro ficar mais um bocadinho, por essas 23h00 é que me deito.” (MT)</i></p> <p><i>“Às vezes distraio-me é com a televisão um bocadinho, às vezes distraio-me a fazer uma coisa, para não estar sem fazer nada, é assim, é a vida.” (MT)</i></p> <p><i>“É a televisão as notícias.” (FL)</i></p> <p><i>“gosto de ver aquilo à noite e de manhã as notícias.” (PA)</i></p> <p><i>“A companhia que tenho é isto (televisão), o que vale é isto, sair não saio.” (AL)</i></p>
Religião	<p><i>“Tenho ido à missa, porque tenho mandado rezar missas por alma do meu marido” (HL)</i></p> <p><i>“Vou todos os dias à minha missa, sempre distraio um bocadinho.” (MT)</i></p> <p><i>“Vou à missa para distrair, falo com umas vizinhas.” (PA)</i></p> <p><i>“Gosto de ir à missa à tarde, venho para casa melhor.” (PA)</i></p> <p><i>“ vou ao domingo à missa é a única coisa que eu faço, vou à missa, vou para baixo e depois a gente vem todas juntas.”</i></p>

	<p>(AD)</p> <p><i>“Muito muito, digo-lhe ,então sim, sempre fui muito religiosa, desde que o meu marido morreu parece-me que tudo redobrou.” (MJ)</i></p> <p><i>“Deus é a maior alavanca, e a maior força que nos pode dar a quem está sozinho (choro).” (MJ)</i></p> <p><i>“Cheguei a casa, vesti-me e fui à missa, que eu vou todos os dias à missa” (MT1)</i></p>
Lavores	<p><i>“E depois também procuro fazer sempre um trabalhinho, com as minhas mãos, faço um croché, procuro ocupar o meu tempo.” (MJ)</i></p> <p><i>“Estou bordando” (MA)</i></p>
Exercício físico	<p><i>“fui andar três quartos de hora ali ao campo da bola, e mais uma vizinha e a minha cunhada” (MA)</i></p>
<i>Homens</i>	
Horticultura	<p><i>“Também faço pouco, tenho lá um quintalzinho, estou trabalhando lá no meu quintal.” (JD)</i></p> <p><i>“Em casa tenho a horta.” (JD)</i></p>
Visitar familiares/amigos	<p><i>“Vou duas, três vezes na semana ter com esta pessoa amiga.” (JR)</i></p> <p><i>“É sim senhor. Ainda agora... foi domingo, um filho que mora aqui à frente, passei lá um bocado na casa dele. Havia uma tourada perto da casa dele” FB</i></p>
Bricolage	<p><i>“É entreter-me a fazer qualquer coisa. Mexo nestas ferramentas, amanhã qualquer coisa aqui por casa. Venho para aqui brincar com isto. Agora, como vês, estou aqui entretido, aqui a mexer a fazer uma tolice, só para me entreter. Quando eu estou entretido o tempo passa mais fácil.” (JR)</i></p>
Grupo de convívio de idosos	<p><i>“Tenho o grupo de Idosos. Em dias mais lembrados, tal como ontem, não pude aguentar lá, fui embora. Se ficasse lá tinha gritado, saltei para o carro e fui não sei para onde, fui para a Praia, e no resto fui até ao Facho, fui para ali, fui ao cemitério e foi assim.” (JR)</i></p>

Ir ao café	<p><i>“Venho aqui à tarde (café), dar um passeio aqui uma pisca, para entreter... é passar horas.”(JD)</i></p> <p><i>“venho aqui ter (café próximo de casa)... converso com uns, ou vou a Angra e se alguém me quiser sofrer... um jogo com um qualquer, e estou para ai a passar horas.” (EL)</i></p> <p><i>“venho ao café, vou até ali à sociedade.”(JD)</i></p>
Passear de carro	<p><i>“Tenho carrinha, dou uma volta, vou à Praia da Vitória”</i> <i>JD)</i></p>
Religião	<p><i>“Vou à missa aos domingos.” (JD)</i></p> <p><i>“este mundo é uma passagem. Para o Céu, se eu o ganhar... o senhor está a ver aqui isto (imagens e utensílios religiosos em cima numa cómoda), eu acredito naquelas imagens.” (FB)</i></p>
Cuidar de animal de estimação	<p><i>“Tenho aqui uma cadelinha, que era da minha mulher, gostava dela que era um disparate, é a filha da casa. Se eu estivesse lá fora sem esta companhia o juízo ia estar sempre aqui.” (BT)</i></p>

A forma de estar dos idosos que mais sobressai é o conformismo e uma noção generalizada por parte dos viúvos, que apesar do sentimento de tristeza e de se sentirem deprimidos, vão superar as dificuldades. Com conhecimento intuitivo sobre o que se avizinha e com uma postura acomodativa o “tempo” é mencionado como sendo um dos seus maiores aliados, na resolução do processo do luto e reestruturação da vida. Diante da perda do companheiro, o luto habitualmente é inevitável e o viúvo vivencia essa situação em níveis variáveis, cada um à sua maneira. Portanto, o tempo torna-se um aliado no alívio da dor e sofrimento gerado pela falta decorrente da morte.

Tendo clara consciência da finitude os viúvos aceitam-na como inevitabilidade do decurso da vida. Esta cultura sobre a morte, as experiências vividas de mortes próximas, e idade avançada, aparentemente também constitui a razão de não existir, nas acções dos viúvos, grandes mudanças ao que faziam antes e ao que fazem hoje.

As estratégias de coping utilizadas pelas mulheres viúvas, que se distanciam das dos homens, passam muito pela religião, e ver televisão. Enquanto os homens utilizam estratégias mais diversificadas fora da residência as mulheres tendencialmente têm actividades no interior da habitação. Outra evidência é a relação que as mulheres

mantêm com a vizinhança, ao contrário dos homens que não têm a mesma proximidade com os vizinhos.

### **1.6 Características dos apoios gerados no luto.**

Hisatugo (2002) destaca que a difícil arte de sobreviver à ausência de pessoas importantes torna-nos aptos a recomeçar. As perdas são contínuas ao longo da vida, mas, ainda que a saudade permaneça, ficam as lembranças inesquecíveis que ajudam a refazer o amanhã.

Um estudo de Rocha & et al., (2005) aponta que as viúvas, após a perda do companheiro, a médio ou longo prazo, mostram-se independentes em relação aos familiares, exercendo outras actividades desvinculadas do grupo familiar. Porém mantêm boa relação com os seus familiares.

Observa-se na actualidade um grande envolvimento social, principalmente da mulher, na participação em grupos de terceira idade (GTI), nos quais elas exercem actividades culturais, artesanais, educacionais, turísticas, entre outras. O convívio com outras pessoas é uma forma de manter a idosa activa, evitando que permaneça reclusa ao seu lar. Segundo Portella, (2004), nos GTI as pessoas encontram-se para trocar ideias e experiências, lutando contra a estagnação social da velhice e vivendo saudavelmente essa etapa da vida. É uma maneira de sobrevivência, ou seja, um meio de viver e envelhecer melhor, não ficando só, isolado, ou “atirado às traças”. Hoje, nesses grupos encontram-se um contingente expressivo de mulheres, muitas delas viúvas. Nesses espaços percebe-se a vontade de viver, sorrir, dançar, movimentar-se, relacionar-se. A decisão de participar em algum grupo deve ser de iniciativa do próprio idoso, sem imposições ou pressão de terceiros. Miguel & Fortes (2005) reiteram que tornar-se participante de um GTI é de grande valor para a promoção de uma velhice mais saudável, visto que pode dar um novo sentido a essa etapa da vida, por romper com os paradigmas da sensação de inutilidade, auxiliando no processo de promoção da auto-estima e, conseqüentemente, na integração da pessoa no seio familiar e social.

Benincá, Costella, & Vivian (2006) entendem que as relações familiares e as redes de apoio social são factores circunstanciais que contribuem para o coping adequado da situação de viuvez. Goldstein reitera que o suporte social e familiar caracteriza-se por uma rede de ligações interpessoais, as quais são permeadas por afecto e ajuda instrumental, e que a qualidade do relacionamento é muito mais importante do que o número de amigos e a frequência de contacto. A importância da presença familiar junto à idosa viúva não se resume ao apoio momentâneo quando da perda do cônjuge.

Esse acolhimento deve conservar-se infindavelmente, pois, somado à velhice, que é um processo natural e que exige o convívio familiar, instala-se o evento da viuvez, que carece de maior participação dos seus entes. No entendimento de Miguel e Fortes (2005), familiares que possuem idosos a viver sozinhos devem incentivar a sua independência, porém, devem participar frequentemente do seu cotidiano, despendendo algum tempo da sua rotina para levar-lhes carinho e atenção.

Enquanto a pessoa viúva está em estado de entorpecimento, pode precisar de ajuda para as coisas mais simples. Canalizar essa ajuda para as coisas práticas, até que o choque inicial tenha passado, permitirá à pessoa viúva receber o carinho que os amigos e vizinhos pretendem dar. Precisa, igualmente de tempo para poder colocar as suas ideias em ordem e entender o que aconteceu. Após isso, precisará de ajuda para tomar as providências legais e para o funeral. Também pode precisar de ser protegida das boas intenções dos vizinhos e amigos, mas sem ser possessivo, pois precisa de amigos e é importante que não se afaste deles (Parkes, 1998).

Se a fase inicial do luto é um período no qual a família, os amigos e outros devem estar disponíveis e aliviar os recém-enlutados de alguns dos seus papéis e obrigações, no estágio posterior o viúvo deverá receber ajuda para restabelecer a sua autonomia (Parkes, 1998).

#### **QUADRO 7.** Características dos apoios gerados no luto

<b>Recebidos</b>	
Psicológicos	<i>Mulheres</i>
	<i>“Eu desabafo é com a Lúcia (filha) e com o Tibério (genro).” (VA)</i>
	<i>“A minha filha telefona-me para saber como é que estou e à noite vem sempre um bocadinho ter comigo e depois vai-se embora e eu fico. Tenho mais duas filhas mas estão na América.” (HL)</i>
	<i>“Há fim de 8 dias do pai morrer a minha filha esteve aqui 2 meses. Pois já sabe que eu sentia-me muito melhor com ela, que o que estou agora sozinha. Mas o que é que hei-de fazer.” (MT)</i>
	<i>“Todas as semanas tenho dois telefonemas de cada filho, isso então não me falta, é muito importante para mim.” (MT)</i>
	<i>“O apoio dada pelo meu filho e pela minha nora e os meus netos, tenho neto com 16 anos e um com 9 anos. Tenho um filho na</i>

*América que me telefona quase todos os dias.” (BE)*

*“É meiguinha (neta) vem para aqui muitos dias, ter comigo, quando ela se vai embora já estranho mais uma coisinha, não é com medo, mas é uma companhia...” (P)*

*“Tenho, então, os meus filhos. Se não fosse os meus ricos filhos. Todos os dias eles ligam-me. Eles é que me compraram este telemóvel, que eu nem sei usar, se não atender ou chamar. Os meus filhos é que é tudo para mim (choro)” (AL)*

*“E os meus ricos filhos, tenho duas jóias sagradas, tenho um que me chama todos os dias, está na Califórnia e tenho o que está aqui, que todos os dias, aquele filho, antes que seja noite, vem aqui saber as minhas novidades, e como passei o dia, mora a dois passos daqui” (MJ)*

*“Tive duas filhas, uma morreu. Tenho quatro netos da filha que morreu, mas todos os dias, meia-noite, uma hora estão quase todos aqui, vem tudo à noite comigo, vem tudo visitar, isto então não sinto nada. Sinto-me muito apoiada.” (MA)*

*“O meu neto vem cá dormir, por enquanto vem cá comigo. É uma coisa séria para eu não estar triste, se me vê mais assim diz: a minha avó está triste, a minha chorou; é pequeno, não chorei nada, não estou nada triste.” (MA)*

*“Vêm cá visitar-me, telefonam, o meu filho vem cá todos os dias ver-me e as vizinhas dão o seu apoio vêm cá ver se eu preciso de alguma coisa.” (MO)*

#### *Homens*

*“A minha filha das Fontinhas telefona todos os dias à noite, e assim vou passando a vida. “ (JR)*

*“Tenho todo o apoio, tenho então, não me largam (filhas) então. Não tenho problemas nenhuns. Claro que cada um está na sua casa.” (JR)*

*“Sim, família, amigos e de vez em quando passam aí a perguntar se preciso alguma coisa.” (EL)*

*“Até hoje tenho tido uma vida mais ou menos saudável. Tenho os meus filhos que me dão todo o apoio.” (FB)*

	<p><i>“ a minha nora agora é que me está a dar o apoio que necessito.” (BT)</i></p> <p><i>“Por enquanto tem sido ela diário e o meu filho que telefona para cá quase todos os dias (choro).” (BT)</i></p> <p><i>“Tenho as minhas filhas, as minhas cunhadas, tenho uma que é solteira que às vezes vem a, perguntar se preciso de alguma coisa. Também tenho uma irmã que vem ver-me e eu às vezes também vou lá” (JD)</i></p> <p><i>“As vezes, elas (filhas) vêm-me trazer um copo de chá ou café à noite.” (JR)</i></p>
Instrumentais	Mulheres
	<p><i>“Aqui com a minha vizinha e com o meu filho que está aqui ao pé, quando eu preciso dele, ele bota-me a mão, ainda estou mais ou menos com eles” (BE)</i></p> <p><i>“se é preciso fazer limpezas maiores a minha filha e as minhas netas vêm.” (PA)</i></p> <p><i>“tenho uma nora que é uma filha, muito boa para mim faz tudo o que eu preciso.” (MJ)</i></p> <p><i>“O apoio deles (família) é enorme. Sempre a perguntarem o que é que eu preciso, o que é que está comigo. Só isso é o bastante para eu me sentir cheia.” (MJ)</i></p> <p><i>“a minha filha é que tem vindo buscar-me e vamos à missa” (HL)</i></p> <p><i>“ a Lúcia (empregada) é que vem cá arranjar-me a casa e é que me vem fazer tudo...” (HL)</i></p> <p><i>“Eu pago a minha comida. Quando gosto mando vir, quando não gosto como menos. A Lúcia faz, eu pago também,” (VA)</i></p> <p><i>“A Misericórdia vem trazer uma comidinha, e eu pago ao fim do mês. E vem uma vizinha, fazer a limpeza da casa e depois eu pago.” (HL)</i></p> <p><i>“Às vezes arranjo, outras vezes pago para me virem arranjar.” (FL)</i></p>
	Homens
	<i>“A minha cunhada vai-me botando a mão a alguma coisa. “</i>

	<p>(IL)</p> <p><i>“As minhas filhas é que me botam a mão, e cada um lava uma loucinha e eu passo mapa na casa. Depois aquilo que é mais, mais, chega-se a uma festa, elas vão lá e dão-me uma ajudinha.” (JD)</i></p> <p><i>“Esta senhora que está ai é que me faz a minha vida, é que faz o trabalho da casa é que me faz a comida para eu comer, toma conta da casa, que limpa a casa.” (FB)</i></p> <p><i>“agora vejo-me obrigado a arranjar a rapariga que arranjei, vem uma vez por semana, arranjar a casa.” (FL)</i></p> <p><i>“A minha cunhada dando alguma coisa e eu faço também, é vivendo para ai. Ela é que ajuda também (limpezas) ” (IL)</i></p> <p><i>“e esta (vizinha)também está sempre aqui, num instante põe-se aqui.” (JF)</i></p> <p><i>“esta então é o que me vale, sempre aqui, a qualquer hora, qualquer uma coisa, devagarinho vou-me lá a casa dela, isto ou aquilo, não tarde aqui num instante.” (JF)</i></p>
<b>Desejados</b>	
Com procura activa	<p style="text-align: center;"><i>Mulheres</i></p> <p><i>“Para ao pé dos meus filhos não vou, não é por não gostar de ir, mas não tenho direitos nenhuns. E depois para onde é que eu vou, vou para lá desgraçar-me, se precisar de um médico tenho de pagar, se precisar do hospital tenho de pagar, e depois como é que eu vou viver lá para fora? Podia ir ter com os meus filhos, mas ao fim de três meses tinha de vir para trás, senão perdia os meus direitos. Se eles (Governo) me dessem os mesmos direitos que tenho aqui. Mas para mim não vão dar (riso). “ (MT)</i></p> <p><i>“O apoio que eu precisava era o meu médico de família, que estou sem médico de família, é isto é só o meu apoio que me está a faltar agora.” (AD)</i></p> <p><i>“Não tenho médico de família, telefono para baixo para apanhar consulta, para me passarem receitas, mas leva muito tempo, para pagar o dinheiro não dá.” (PA)</i></p> <p><i>“Dos meus filhos, mas não é de todos porque a gente não se dá todos bem. A minha mais velha não me fala. Gostava de ter, mas agora</i></p>

	<p><i>demos birra.” (VA)</i></p> <p><i>“quero ver se marco uma consulta de psicólogo, para ter um acompanhamento completo com a psiquiatra e psicólogo.” (MO)</i></p>
	<i>Homens</i>
	<p><i>“Gostava que eles (filhos) viessem mais vezes, mas eles só vêm quando podem. Eles podiam vir aqui todos os dias. Eu é que dou a eles. Às vezes trazem uma coisinha de comer, quando calha (risos/irónico).” (JF)</i></p>
Expectáveis	<i>Mulheres</i>
	<p><i>“Se tivesse de ir viver para casa da minha filha, Lúcia, mais nada. Porque dou-me bem com ela” (VA)</i></p> <p><i>“Porque sofro muito da coluna e um dia que não possa estar sozinha tenho de ir para lá (casa da filha). Ela (filha) não pode deixar a sua vida e vir para aqui. Mais fácil, eu vou para casa dela.” (HL)</i></p> <p><i>“Gostava de ter mais companhia, alguém para conversar. Eu gosto para distrair um bocadinho para falar. Alguém que viesse aqui um bocadinho, sempre ajuda a passar o tempo ” (HL)</i></p> <p><i>“Pois o que eu gostava era que um dia que não pudesse, fosse para a Santa Casa da Misericórdia.” (MT)</i></p> <p><i>“quando não puder hei-de ir para casa da minha filha, a minha filha leva-me para a sua casa e pronto .” (AL)</i></p> <p><i>“Peço a Nosso Senhor que vai para casa dos meus filhos quando já não puder mesmo. O que eu gostava mais era ter alguém aqui a viver comigo, era isto o apoio que gostava” (MJ)</i></p> <p><i>“Um filho, mas não pode ser, o meu filho tem a sua casa, os seus filhos a sua mulher, o outro está na Califórnia, diz que quando o filho fizer 18 anos que vem ter comigo, ele é divorciado. Vivo com essa esperança de ter um filho cá.” (MJ)</i></p>
	<i>Homens</i>
	<p><i>“Os apoios são sempre bem-vindos, só que também há outros muito piores do que eu, e eu contento-me com o que tenho, não quero dizer que por qualquer motivo que aja qualquer apoio, e preciso, vamos lá, mas eu por enquanto estou razoável.” (JR)</i></p>

	<p><i>“agora eu já concordo (ida para o lar de idosos), porque um homem sozinho é muito triste, torna-se aborrecido.” (IL)</i></p>
--	--

As mulheres viúvas recebem apoio psicológico, principalmente por parte dos filhos, através de visitas regulares e telefonemas. A proximidade que se verifica entre a residência de pais e filhos facilita essas visitas e possibilita um contacto frequente. Os telefonemas também são um apoio significativo.

De salientar também o apoio que as mulheres viúvas recebem por parte dos netos que lhes proporcionam companhia e bem-estar psicológico.

O apoio dos familiares recebido pelas idosas é referido como essencial, enquanto os homens referem-se a este apoio como sendo mais ocasional.

A maioria dos idosos parece ter tido uma aprendizagem anterior, forçada ou não, pela necessidade de colmatar as independências do cônjuge, o que implicou uma preparação instrumental para a viuvez. Este factor leva a que o apoio instrumental recebido seja uma ajuda e não uma substituição de competências da maioria dos viúvos. Certo é que existem casos em que estas capacidades são insuficientes e ou limitadas pelas dificuldades físicas impostas pela idade; daí o recurso a terceiros.

Apesar do apoio psicológico recebido ser reconfortante e satisfatório para a maioria dos idosos, as relações familiares menos fortes pesam nesta fase da vida como relatam um homem e uma mulher.

Os apoios expectáveis referenciados pelos idosos prendem-se com a companhia dos filhos, seja pelo retorno destes ao seu lar de origem, ou pela ida da viúva para casa deles aquando da deterioração do estado de saúde e conseqüente não permanência sozinhas na habitação. A companhia em permanência das viúvas nas suas casas nesta fase também é tida como uma mais valia para as viúvas. As mulheres também aguardam mais apoio na saúde.

Os homens viúvos não sinalizam apoios futuros pretendidos, à excepção de um idoso que sugere, eventualmente, a sua ida para um Lar de Idosos por causa da solidão.

## **QUARTA PARTE**

### **MANIFESTAÇÃO DA RESILIÊNCIA NO IDOSO VIÚVO**

#### **1. Discussão e implicações**

A partir do quadro síntese estruturado com base nas categorias realçadas pelos dados obtidos através da realização das entrevistas (Quadro 8 – pág. 94), uma breve análise reflexiva destaca a importância dos familiares na reestruturação das vidas dos idosos viúvos e a valorização atribuída pelos idosos à independência, apesar das dificuldades impostas pelo processo de luto, mesmo tendo possibilidade de ir para casa dos filhos.

## QUADRO 8. Categorias realçadas pelas entrevistas

---

1. Reacções dos viúvos face à Crise/Stress desencadeado pela perda do cônjuge
  - a. Comportamentos positivos
    - i. Consciencialização da necessidade de mudança
    - ii. Ajudas e soluções encontradas
  - b. Comportamentos negativos
    - i. Recusa da necessidade de mudanças
  - c. Expressão de emoções
2. Mudanças provocadas pela viuvez
  - a. Papéis desempenhados pela pessoa viúva
    - i. Papéis mantidos
    - ii. Perda de papéis
  - b. Desorganização
3. Factores protectores da resiliência no luto
  - a. Rede social
    - i. Família
    - ii. Amigos
    - iii. Vizinhança
    - iv. Comunidade
  - b. Residência
    - i. Ligação à casa de moradia
    - ii. O lugar
  - c. Independência
  - d. Funcionalidade
  - e. Financeiro
4. Factores de risco da resiliência no luto
  - a. Isolamento social
  - b. Solidão
  - c. Doença
  - d. Mobilidade comprometida
    - i. Factores intrínsecos
    - ii. Factores extrínsecos
5. Coping no luto
  - a. Estilos de coping

- b. Estratégias de coping
  - (Mulheres)
  - i. Visitar familiares/amigos/vizinhos
  - ii. Conversar com familiares/amigos/vizinhos
  - iii. Ver Televisão
  - iv. Religião
  - v. Lavoies
  - vi. Exercício físico
  - (Homens)
  - vii. Horticultura
  - viii. Visitar familiares/amigos
  - ix. Bricolage
  - x. Grupo de convivo de idosos
  - xi. Ir ao café
  - xii. Passear de carro
  - xiii. Religião
  - xiv. Cuidar de animal de estimação

**6. Características dos apoios gerados no luto**

- a. Recebidos
  - i. Psicológicos
  - ii. Instrumentais
- b. Desejados
  - i. Com procura activa
  - ii. Expectáveis

Embora a resiliência seja um conceito que comporta expectativas promissoras em termos de prevenção e promoção da saúde, é importante não considerá-la como a única resposta para os possíveis problemas decorrentes da exposição dos seres humanos às adversidades. A escolha da resiliência no auxílio à compreensão da reestruturação de vida dos idosos viúvos comportou vários aspectos positivos, contudo revelou algumas limitações.

O núcleo central da resiliência trabalha os potenciais e os modos dos sujeitos face ao perigo. Por outras palavras, deve-se ter em conta os factores de protecção e não apenas os factores de risco. A abordagem mais divulgada na nossa sociedade é

influenciada pelo modelo psicopatológico e da vulnerabilidade. A abordagem da resiliência, contudo, não deve contrapor-se a este modelo, mas tem de ser considerada como uma forma complementar de compreender a adaptabilidade dos sujeitos.

A vantagem da resiliência pode ser comprovada na medida em que permite compreender o desenvolvimento dos sujeitos que sofreram contextos traumáticos graves, mas que, no entanto, se reorganizaram. A resiliência fornece, nomeadamente, elementos para a compreensão das estratégias de socialização que alguns sujeitos descobrem, apesar do contexto de família unipessoal.

Na compreensão do fenómeno da resiliência no luto questionou-se igualmente os seus fracassos e revelou-se os seus limites. Várias são as condições que devem coexistir para que a resiliência se manifeste e perdure, possibilitando a consagração dum resultado final positivo. Das condições necessárias à manutenção do idoso viúvo no seu lar destaca-se o apoio familiar, a saúde em geral, os recursos económicos e o auto conceito positivo.

O conceito de resiliência pode ser considerado como uma resposta complementar à abordagem da vulnerabilidade, mas não corresponde por isso à ideia de invencibilidade ou insensibilidade; remete, pelo contrário, para a ideia de flexibilidade e de adaptação. Apesar dos idosos do estudo ainda não terem reorganizado as suas vidas de forma clara e evidenciarem muitas fragilidades emocionais, demonstram percepção das suas capacidades e actuam no sentido de colmatar as suas carências.

Os idosos aceitam a morte do seu cônjuge, apesar do sofrimento emocional que lhes causa. Embora a solidão exista, não forçam os contactos sociais, favorecendo mesmo o isolamento e a introspecção. O comportamento dos idosos não revela a manutenção de actividades inúteis, mas também não revela vontade expressa de reorganização da vida. Procuram apoio e são proactivos nesta busca, estando também predispostos a receber ajudas, caso estejam disponíveis, e as necessitem, sendo moderados nessa busca e não se “vitimizam” com o intuito de serem protegidos.

Parte dos idosos deste estudo eram cuidadores do cônjuge, muitos destes com níveis de dependência elevados. No entanto, o sentimento não foi de satisfação com a disponibilidade de tempo ganho, após o papel perdido de cuidador, mas de tristeza pela perda da companhia e ocupação proporcionada pelo cônjuge. Não se registando uma significativa interacção comunitária ou actividades de ocupação individuais, anterior à viuvez e actualmente, os idosos recolhem-se no seu lar, confiando ao tempo a resolução dessa tristeza.

A família é o maior suporte no luto dos idosos. Enquanto os amigos não têm um significado tão expresso na rede social, os vizinhos constituem um apoio considerável à viuvez dos idosos. Neste estudo as mulheres recebem apoio dos netos, o que já não sucede com os homens, o que sugere uma melhor relação entre as mulheres e os netos.

Os apoios recebidos são, em larga medida, de carácter psicológico; os apoios instrumentais também são significativos, apesar de menor visibilidade.

O lugar de residência é importante, em parte pelas pessoas que constituem a vizinhança, e menos pela qualidade das infra-estruturas. Para os idosos a casa tem um significado especial e de difícil explicação, em que é atribuído um valor sentimental elevado. Todos estes idosos vivem nas mesmas casas há muitos anos e a maioria mantém a residência desde o casamento.

A independência é muito valorizada e ao associarem a vontade de não serem um “estorvo” para a família, salientam a intenção de perpetuarem a vida a sós pelo maior tempo possível, enquanto a saúde lhes permitir.

Os idosos referem o aspecto económico como essencial ao seu bem-estar, no entanto, frisam que não necessitam de muito dinheiro para atenderem às suas necessidades.

A solidão está no topo das queixas dos idosos, enquanto a doença, que se traduz na dificuldade de locomoção e dor, num dos maiores entraves à reorganização psicossocial.

Ser capaz de superar, adaptar-se, ou viver com as dificuldades impostas pela viuvez, nesta fase da vida e a viver só, por si só, já manifesta o fenómeno da resiliência nestes idosos. Contudo, e apesar da acomodação dos viúvos, os resultados são imprevisíveis, não sendo de todo certo o alcance duma vida activa. Isto leva a crer da necessidade dum acompanhamento profissional próximo, com avaliações individualizadas, aquando da morte do cônjuge, nas semanas e meses subsequentes, a fim de melhor serem proporcionadas ajudas concretas. Isto porque a reserva e o isolamento que os viúvos estabelecem perante os pares da comunidade, dificulta a real percepção das suas necessidades, com vista à reestruturação da vida com qualidade.

A teoria bioecológica do desenvolvimento humano, ao estudar o desenvolvimento contextualizado, permite que a resiliência seja melhor entendida e, ao mesmo tempo impede que critérios de estudos para a compreensão do desenvolvimento com determinadas populações sejam utilizados em outras (Koller & Morais, 2004).

A recolha dos dados, realizada no domicílio, possibilitou momentos excepcionais de interacção. Além de ter sido enriquecedor para a aprendizagem

enquanto investigador e ter aprofundado conhecimentos em gerontologia, as entrevistas proporcionaram momentos excepcionais de contacto, aprendizagem e enriquecimento pessoal, em parte porque as temáticas discutidas no decorrer das entrevistas além do assunto de base, muitas das vezes, extrapolaram o tema estudado.

A necessidade de captar o fenómeno da resiliência na reestruturação da vida dos idosos, no decurso da interacção dos factores de protecção e risco em simultâneo, também fez com que surgisse uma dificuldade acrescida na formulação da amostra. Não estando identificados os idosos viúvos há menos de um ano, nem se estariam a viver sós na comunidade, a tarefa de sinalização dos constituintes da amostra foi difícil e morosa, apenas minimizado com a ajuda de alguns presidentes de juntas de freguesia e/ou funcionários com conhecimento da condição de vida dos seus munícipes.

Apesar duma independência “ilusória” que parece transparecer entre os idosos viúvos a viver sós, os apoios no primeiro ano de viuvez são diversos, com destaque para o suporte emocional recebido, o que leva a crer que estudos longitudinais sejam benéficos para a compreensão de todos os recursos mobilizados pelo idoso ao longo da resolução do luto e verificação da “real” manifestação do fenómeno da resiliência.

Muito haverá por fazer na capacitação dos idosos em relação ao seu direito a viver a vida, e não simplesmente a sobreviver a ela, no dever ético dos seus pares em lhes apoiarem, e na obrigação legal das instituições em proporcionarem condições que lhes permitem pensar em ser cidadãos activos numa sociedade que se quer integradora. Pois, o fenómeno da resiliência no luto dos idosos ocorre e perdura aquando da presença permanente de factores de protecção, minimizando os factores de risco que também, e infelizmente, teimam em estar presentes.

## 2. BIBLIOGRAFIA

Agency, E. E. (2009). *Ensuring quality of life in Europe's cities and towns*. Denmark: European Environment Agency.

Aldwin, C. M., & Gilmer, D. F. (2003). *Health, illness, and optimal aging: Biological and Psychosocial Perspectives*. USA: Sage Publications.

Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O Conceito de coping: uma revisão teórica. In A. S. Antoniazzi, D. D. Dell'Aglio, & D. R. Bandeira, *Estudos de Psicologia* (Vol. 3, pp. 273-294). Universidad federal do Rio Grande do Sul: La Hemeroteca Científica en Línea en ciencias sociales.

Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-36.

Asti-Vera, A. (1980). *Metodologia da pesquisa científica*. Porto Alegre: Globo.

Ballesteros, F. R. (2002). *Vivir con Vitalidad: Cuide su mente* (Vol. III). Madrid: Pirâmide.

Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-48.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman & Company.

Beck, C. T. (28 de Abril de 1994). *Phenomenology: its use in nursing reserch*. Obtido em 23 de Abril de 2011, de

<http://elsa.dmu.ac.uk/~elsa/GASS/ns/00000047/00000047.html>

Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Benincá, C. R., Costella, K., & Vivian, L. R. (2006). Viuvez na terceira idade. In R. M. Portella, A. Pasqualotti, & M. Gaglietti, *Envelhecimento humano: saberes e fazeres* (pp. 147-159). Passo Fundo: UPF Editora.

Berger, L. (1995). Agir de acordo com as suas crenças e valores. In L. Berger, & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: uma abordagem global*. (pp. 503-541). Lisboa: Lusodidacts.

Berger, L., & Poirier, D. M. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bonfim, C. d., Teles, M. A., Saraiva, M. E., Cadete, M. H., Quaresma, M. d., & Veiga, S. M. (1996). População Idosa, Análise e Perspectivas - A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares. *Direcção-Geral da Acção Social: Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação*.

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paul, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 115-135). Lisboa: Climepsi.

Bowlby, J. (1993). *Apego e perda: tristeza e depressão*. São: Martins Fontes.

Bronfenbrenner, U., & Evans, G. (2000). *Developmental science in the 21st century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings*. *Social Development*.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecology of the family as a context for human development*. *Developmental Psychology*.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon, & R. M. Lerner, *Handbook of child psychology: theoretical models of human development* (pp. 993-1027). New York: John Wiley & Sons.

Carver, C., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, pp. 66, 184-195.

Caserta, M., Lund, D., Utz, R., & Vries, B. d. (13 de Maio de 2009). Stress-Related Growth Among the Recently Bereaved. *Aging Ment Health*, pp. 463-476.

Caserta, M., Lund, D., Utz, R., & Vries, B. d. (Maio de 2009). Stress-Related Growth Among the Recently Bereaved. *National Institutes of Health - Aging Ment Health*, pp. 463-476.

Cecconello, A. M. (Janeiro de 2003). *Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Biblioteca / psicologia*. Obtido em 20 de Janeiro de 2010, de Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco:

[http://www.msmedia.com/ceprua/artigos/alessandra\\_tese.pdf](http://www.msmedia.com/ceprua/artigos/alessandra_tese.pdf)

Cecconello, A. M. (Janeiro de 2003). *UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - Biblioteca / psicologia*. Obtido em 20 de Janeiro de 2010, de Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco:

[http://www.msmedia.com/ceprua/artigos/alessandra\\_tese.pdf](http://www.msmedia.com/ceprua/artigos/alessandra_tese.pdf)

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61: 383-409.

Charles, S., & Cartensen, L. (2010). Social and Emotional Aging. *Review of Psychology*, pp. 61: 383-409.

Cidrack, M. L., Catrib, A. M., & Amorim, R. F. (2004). Re-aprendendo a viver.

Cíntia Ribeiro Martins, F. J. (2007). Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. Porto Alegre.

Cohen, M. Z., & Omery, A. (1994). Schools of Phenomenology. In J. M. Morse, *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 136-156). London: Sage Publications.

Collins, A. L., & Smyer, M. A. (2005). The Resilience of Self-Esteem in Late Adulthood. *Journal of Aging and Health* , 471-489.

Cornwell, B. (21 de Fevereiro de 2009). Network Bridging Potential in Later Life: Life-Course Experiences and Social Network Position. *Journal Aging Health* , pp. 129-154.

Costa, E. F., C.Porto, C., Almeida, J. C., Cipullo, J. P., & Martin, J. V. (2001). Semiologia do idoso. In C. C. Porto, *Semiologia médica* (pp. 165-197). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cowan, P. A. (1996). Thinking about risk and resilience in families. Stress, coping, and resiliency in children and families. *Lawrence Erlbaum Associates* .

Cruz, A. A., Mello, M. R., & Flores, G. A. (2002). A atividade física e a qualidade de vida. In N. L. Terra, & B. Dornelles, *Envelhecimento bem-sucedido* (pp. 389-394). Porto Alegre: Edipucrs.

Cyulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob.

Deecken, A. (1997). *Saber envelhecer*. Petrópolis: Vozes.

Dell'Aglio, D. D., Koller, S. H., & Yunes, M. A. (2006). *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção* (1ª Edição ed.). Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil: Casa Psi Livraria e Editora Ltda.

Denmark, D. (1998). The outsiders: Planig and transport disadvantage. *Journal of Planing Education and Research* , 17, 231-245.

Feckel, C. M. (2005). Resenha de tese atividade física e qualidade de vida de mulher idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* , pp. 86-89.

Felner, R., Farber, S., & Primavera, J. (1983). Transitions and stressful life events: A model for primary prevention. In R. Felner, S. Farber, & J. Primavera, *Preventive psychology*. New York: Pergamon Press.

Fernandes, J. C. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecer con los demás*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Y... cuando ocurre lo inevitable* (Vol. V). Madrid: Pirámide.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). Analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal Health Soc. Behav.* , 21, pp. 219-239.

Fonagy, P. (2001). Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte : le Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte : le. *La psychiatrie de l'enfant* , 333 - 369.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. M. (2004). *Uma abordagem psicológica "da passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: Universidade do Porto.

Fonseca, A. M., Paúl, C., Martin, I., & Amado, J. (2005). Condição Psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi editores.

Forghieri, C. Y. (1993). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas*. São Paulo: Pioneira.

Fortes, A. C. (2005). Eventos de Vida Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Senso de Auto-Eficácia e Estados Depressivos em Idosos Residentes na Comunidade: Dados do Pensa. Universidade Estadual de Campinas.

Fortes, T. F., Portuguez, M. W., & Argimon, I. I. (Outubro-Dezembro de 2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia* , pp. 455-463.

Fortes-Burgos, A. C., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. (2007). Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos, Residentes na Comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica* , 74-82.

Freud, S. (1999). Neurose, psicose e velhice. In J. A. Messy, *A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice* (pp. 11-13). São Paulo: Aleph.

Gadamer, H.-G. (2005). *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (7 ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Pinto, F. C., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos Portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças* , 7(1), 137-143.

- Goodman, L. (1961). *Snowball sampling*. *Annals of Mathematical Statistics*.
- Grassi-Oliveira, R., & Filho, L. D. (jul./set. de 2008). Coping como função executiva. *PSICO* , pp. 275-281.
- Guidetti, A. A., & Pereira, A. S. (2008). A importância da comunicação na socialização. *Revista de Educação* , pp. 119-136.
- Hall. (2000). *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Hardy, C. J. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* , 257-262.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society* , 252-7.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* , 257 - 262.
- Heidegger, M. (2002). *Ser e Tempo* (12 ed., Vol. I). Rio de Janeiro: Vozes.
- Hernández, C. R., Fernández, V. L., & Alonso, T. O. (2009). Satisfaction With life related to functionality in active elderly people. *Actas Esp Psiquiatr* , 37(2): 61-67.
- Hinterlong, J. E., Morrow, N. H., & Rozario, P. A. (2007). *Productive engagement and late life physical and mental health: Findings from a nationally-representative panel study*. *Research on Aging*.
- Hisatugo, C. L. (2002). O luto e o idoso: a arte de sobreviver às perdas. In N. L. Terra, & B. Dornelles, *Envelhecimento bem-sucedido* (pp. 409-413). Porto Alegre: Edipucrs,.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* , 11, 213-218.
- Hutz, C., & Silva, D. F. (2002). *Avaliação psicológica com crianças e adolescentes em situação de risco*. *Avaliação Psicológica*.
- INE. (2004). *10º Aniversário do dia Internacional da Família*. Obtido em 10 de Junho de 2011, de Instituto Nacional de Estatística Portugal: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=72526&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=72526&DESTAQUESmodo=2)
- INE. (2007). *Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens*. Obtido em 08 de 05 de 2011, de INE: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Instituto Nacional de Estatística. (s.d.). Obtido em 10 de 03 de 2010, de Instituto Nacional de Estatística: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Inui, T. (2003). *The Need for an integrated biopsychosocial approach to research on successful aging*. *Annual of international Medicine*.

Jacobi, P. (1999). *Cidade e Meio Ambiente: Percepções e práticas em São Paulo*. São Paulo: Annablume.

Keinert, T. M., Keinert, R. C., & Feffermann, M. (s.d.). Pesquisa de percepção da qualidade de vida. (*QUALIDADE DE VIDA*) . Santo André/SP.

Kessler, E. M., & Staudinger, U. M. (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and Aging* , 349-362.

Koller, N. A., & Morais, S. H. (2004). *Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

kweon, B., Sullivan, W. C., & Wiley, A. R. (1998). *Green common spaces and the social integration of inner-city older adults*. *Environment and Behavior*.

Kweon, B., Sullivan, W. C., & Wiley, A. R. (1998). *Green common spaces and the social integration of inner-city older adults*. *Environment and Behavior*.

Lanska, D. J. (2006). Functional Weakness and sensor loss. *Semin. Neurol.* , 26, pp. 297-309.

Laranjeira, C. A. (Jul-Set de 2007). Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* , 23, pp. 327-332.

Lazarus, R. (1998). Coping with aging: individuality as a key to understanding. In I. Nordhus, G. Vandenbos, S. Berg, & P. Fromholt, *Clinical geropsychology*. Washington: American Psychological Association.

Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist* , pp. 38, 245-254.

Lessa, I. (1998). Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis versus terceira idade. In I. Lessa, *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não –transmissíveis*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco.

Liberalesso, A., & Neri, F. (2000). *E por Falar em Boa Velhice*. Campinas: Papirus.

Libório, R. M., Castro, B. M., & Coêlho, A. E. (2006). Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: conceitos e reflexões críticas. In D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller, & M. A. Yunes, *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção* (p. 289). São Paulo, Brasil: Casa Psi Livraria e Editora Ltda.

Litvoc, J., & Brito, F. C. (2004). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.

Lopata, H. Z. (1970). The social involvement of americans Widows. In E. Shanas, *Aging in Contemporary Society*. Beverly Hills. Beverly Hills: Sage Publications.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). *The construct of resilience : a critical evaluation and guidelines for future work*. *Child Development*.

Macarthur, F. (2009). *Facts and fictions about an aging america*. USA: American Sociological Association.

Martins, J., & Bicudo, M. A. (1989). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: EDUC/Moraes.

Masini, E. F. (1989). O enfoque fenomenológico de pesquisa em educação. In Ivani, *Metodologia da Pesquisa em educação*. São Paulo: Cortez.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist* , 56(3):227-38.

Masten, A., & Coatsworth, J. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In Cicchetti, & D. J. Cohen, *Developmental psychopatology – risk, disorder, and adaptation*. New York: John Wiley & Sons.

Miguel, C. S., & Fortes, V. L. (2005). Idosas de um grupo de terceira idade: as interfaces da relação grupo de terceira idade: as interfaces da relação com suas famílias. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* , 2, pp. 74-85.

Minayo, M. C., Hartz, Z. M., & Buss, P. M. (2000). *Ciência & Saúde. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário (Quality of life and health: a necessary debate)* . Brasil: Colectiva.

Moraes, E. N., Marino, M. C., & Santos, R. R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Medica Minas Gerais* , pp. 54-66.

Motta, A. B. (2004). Viúvas alegres: uma nova velha geração. In A. A. Costa, & M. C. B., *Feminismo, ciência e tecnologia - e outras questões feministas*. Salvador: Coleção Bahianas.

Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo Brasil: Papirus.

Neri, A. L. (2006). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In E. V. Freitas, L. PY, F. A. Cançado, J. Doll, & M. I. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 58-77). Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan.

Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª edição ed.). Porto: Legis Editora.

Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2008). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa*. Coimbra: Gerpi.

Oliveira, J. B., & Lopes, R. G. (abr/jun de 2008). Processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 13, n2, pp. 217-221.

Oliveira, J. H. (2008). *Psicologia do Idoso, Temas complementares*. Porto: Legis Editora.

Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Obtido em 02 de Agosto de 2011, de

<<http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>>

Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus editorial.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

Pedrozo, S. K., & Portella, M. R. (2003). Solidão na velhice: Algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. *Boletim da Saúde*, 17 (2), 171-183.

Penido, M. d., Firmo, J. O., Filho, A. I., & Uchôa, E. (Janeiro de 2010). Papel da autonomia na autoavaliação. *Rev Saúde Pública*, pp. 159-165.

Pereira, R. J., Cotta, R. M., Franceschini, S. d., Ribeiro, R. d., Sampaio, R. F., Priore, S. E., et al. (2005). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiátrica*.

Pereira, R. J., Cotta, R. M., Franceschini, S. d., Ribeiro, R. d., Sampaio, R. F., Priore, S. E., et al. (2005). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiátrica*.

Portella, M. R. (2004). *Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável*. Passo Fundo: UPF.

Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10, pp. 403-412.

Ramos, L. R. (2003). *Factores detreminantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro hurbano* (Vol. 19). São Paulo: Cad Saúde Pública.

Rawlins, J. (1987). *Widowhood: the social and economic consequences*. University of the West Indies: Institute of Sosial and Economic Recerch.

Rebelo, J. E. (2009). Quais as alterações no quotidiano dos viúvos? In J. E. Rebelo, *Amor, Luto e Solidão* (p. 185). Alfragide: Casa das letras.

- Rebello, R. V. (2003). Universidade abre portas aos idosos. *Açoriano Oriental* .
- Republica, A. d. (2007). Decreto-Lei n.º 252/2007 de 5 de Julho. *Jornal Oficial - II Série* .
- Rocha, C. (2005). Como mulheres viúvas de terceira idade encaram a perda do companheiro. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* , 2, pp. 65-73.
- Rudolph, K. D., Denning, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin* , pp. 118, 328-357.
- Ruth, J., & Coleman, P. (1996). Personality and aging: Coping and management of the self in later life. In J. Birren, & S. KW, *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego: Academic Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry* , 598-611.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D., & Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In Y. L. Jacob Lomranz, *Handbook of aging and mental health: an integrative approach* (pp. 69-100). New York: Jacob Lomranz.
- Rypkema, D. (1996). The Dependency of Place. ( [The Mayor's Institute on City Design]).
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: dealing With Adult Bereavement*. New York: Wiley & Sons, Inc.
- Sanders, P. (1982). *A new way of viewing organizational research* (Vol. 7). Academy of Management.
- Saúde, I. C. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. *Carta de Ottawa*. Ottawa, Canadá.
- Saúde, O. M. (2007). Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. *Global age-friendly cities: a guide* . OMS.
- Saúde, O. M. (2001). *Salud y envejecimiento: un documento para el debate*. Genebra: OMS.
- Saúde, O. M. (2001). *Salud y envejecimiento: un documento para el debate*. Genebra: OMS.
- Schneider, R. H., Marcolin, D., & Dalacorte, R. R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica* , 18, 4-9.
- Semaan, Lauby, J., & Liebman, J. (2002). Street and network sampling in evaluation studies of HIV risk-reduction interventions. *Aids Rev* , pp. 4: 213-223.

Siegler, I. C., Poon, L. W., Madden, D. J., & Kathleen, W. A. (1999). Aspectos Psicológicos do Envelhecimento Normal. In E. W. Busse, & D. G. Blazer, *Psiquiatria Geriátrica* (pp. 119-140). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Souza, M. T., & Cervený, C. M. (2006). Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 40, pp. 119-126.

Spiriduso, W. (1995). *Physical dimension of aging*. Illinois Champaign: Human Kinetics.

Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). *Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria do curso de vida*. Campinas: Papyrus.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage.

Szymanski, H. (2002). *A entrevista reflexiva na educação: a prática reflexiva*. Brasília: Plano.

Takemi Sugiyama, C. W. (2005). Environment Support for Outdoor Activities and Older People's Quality of Life. In B. S. Susan Rodiek, *The role of the outdoors in residential environments for aging*. Binghamton: Susan Rodiek Benyamin Schwarz, Editors.

Terra, M. G., Gonçalves, L. H., Santos, E. K., & Erdmann, A. L. (22(1):93-9 de 2009). Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. *Acta Paul Enfermagem*.

Tuan, Y.-F. (1977). *Space and: The Perspective of Experience*. London: Edward Arnold.

Vicente, C. M., & Varentim, W. (1996). A reabilitação psicossocial em Campinas. In A. P. (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 48-53). São Paulo: Hucitec.

Vitte, C. (2003). Qualidade de vida e gestão do local; Considerações sobre Necessidades Subjectivas e a Sociabilidade. Belo Horizonte: IX Encontro Nacional da ANOUR.

Walter, E. V. (1988). *Placeways: A Theory of the Human Environment*.

Wathier, J. L., Wilhelm, F., Giacomoni, C. H., & Dell'Aglio, D. D. (2007). Eventos de vida e estratégias de coping de idosos socialmente activos. *Estudos interdisciplinares envelhecimento*, 12, pp. 35-52.

Werner, E. E. (1995). Resilience in development: Current Directions. *Psychological Science* , 3 (3), 81-85.

Whitbourne, S. K. (2001). *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives*. New York: John Wiley and Sons.

Whitty, M. T. (2003). Coping and defending: age differences in maturity of defense mechanism and strategies. *Aging Mental Health* , 21, pp. 7 (2): 123-132.

Worden, J. W. (2001). *Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health*. New York: Springer Publishing Company .

Yunes, M. A., & Szymanski, H. (2005). Entrevista Reflexiva & Grounded-Theory: Estratégias Metodológicas para Compreensão da Resiliência em Famílias. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* , 39, pp. 000-000.

Zimmerman, M. A., & Arunkumar, R. (1994). *Resiliency research: implications for schools and policy* (Vol. 8 (4)). Social Policy Report.

### **3. ANEXOS**

## Anexo 1 – Apresentação e legitimação da entrevista



UNIVERSIDADE DOS AÇORES



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE ANGRA DO HEROÍSMO

Eu, Emanuel Martins Amorim, frequento o Mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo e estou a desenvolver uma dissertação relacionada com “*reestruturação da vida dos Idosos Viúvos*”.

Os objectivos do meu trabalho são: Identificar a importância do apoio dos familiares, que o idoso recebe nesta fase; Perceber a importância dos amigos, na sua recuperação; Identificar o peso da espiritualidade, neste processo; Monitorizar a capacidade e os recursos internos, mobilizados pelo idoso; Identificar a orientação e apoio de instituições, profissionais e da comunidade, recebidos pelo Idoso; Perceber a importância do ambiente no bem-estar; Identificar o valor atribuído à autonomia, pelos Idosos, para a sua qualidade de vida; Detectar as necessidades sentidas pelo Idoso no processo de resiliência no Luto; Identificar os factores, que dificultam o Luto e a Viuvez; Identificar os factores, ajudam o Luto e a Viuvez.

A concretização deste estudo requer a colheita de dados através de entrevistas a 24 Idosos viúvos, com mais de 64 anos, a viver sozinhos na Ilha Terceira.

A identificação dos participantes será realizada, a partir da identificação por si ou pela comunidade de outros Idosos viúvos. Para a realização da entrevista prevê-se uma duração média de 30 minutos, que poderá interromper se assim o pretender.

Venho por este meio convidá-lo/a a participar neste estudo. Ao aceitar participar, comprometo-me a garantir a confidencialidade dos seus dados, assim como o direito de se retirar em qualquer momento da investigação sem o dever de se justificar, a consultar as informações colhidas, a colocar questões e a pedir aconselhamento, sempre que considerar necessário.

A sua participação, eventualmente, contribuirá para a elaboração de futuros projectos de intervenção social, com respostas específicas para o Luto e Viuvez.

## **Anexo 2 – Consentimento informado**

Declaro que após convenientemente esclarecido, sobre a investigação “*Resiliência no luto do Idoso*”, pelo pesquisador Emanuel Martins Amorim e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Entrevistado:

Pesquisador:

Emanuel Martins Amorim

Ilha Terceira, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

### Anexo 3 – Caracterização da situação do idoso

Nome: \_\_\_\_\_ N° de ordem: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Orçamento mensal após obrigações: \_\_\_\_\_ €

Religião: \_\_\_\_\_ ( ) Praticante ( ) Não

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Tempo de casamento: \_\_\_\_\_

Tempo de viuvez: \_\_\_\_\_

N° de filhos: \_\_\_\_\_ N° de Filhos a viver na Ilha Terceira: \_\_\_\_\_

Problemas de Saúde:

---

---

---

---

---

#### **Anexo 4 – Entrevista semi-estruturada**

Vive sozinho por opção?

Considera o lugar onde vive importante para o seu bem-estar?

O que mudou na sua vida, desde a viuvez?

Como compensou os “papéis” desempenhados pelo seu cônjuge?

A sua autonomia proporciona-lhe satisfação?

Quais os factores que dificultam a sua adaptação à viuvez?

Quais os factores que ajudam a sua adaptação à viuvez?

Quais são as suas necessidades no processo de adaptação à Viuvez?

Considera-se uma pessoa com capacidade para enfrentar as dificuldades. Como as tem ultrapassado?

Qual a importância para si do apoio dado pela família, nesta fase?

Qual a importância para si do apoio dada pelos seus amigos, nesta fase?

Que apoios gostava de ter e de quem?

Tem orientação e apoio de instituições, profissionais ou da comunidade, de que tipo?

Que conselhos daria às pessoas na sua situação?

#### **5º MOMENTO: FINALIZAÇÃO DA ENTREVISTA**

Para finalizar esta entrevista queria apenas colocar-lhe três questões:

Existe algo mais que queira partilhar?

Estaria disposto(a) a colaborar novamente, caso fosse necessário esclarecer alguma questão, durante a análise de dados?

Autoriza-me a entrar novamente em contacto consigo?

Resta-me então apenas agradecer a sua disponibilidade e reforçar o valor do seu contributo, que foi fundamental, para compreender as suas vivências. Deixo-lhe o meu contacto, estando disponível para qualquer esclarecimento.

Emanuel Martins Amorim

Tel. 963693120 / Rua do Pico, 20 – Fonte do Bastardo – 9760-182 Praia da Vitória