

SORAIA CATARINA PAULO FLORÊNCIO

A EXPERIÊNCIA DO LUTO E A VINCULAÇÃO

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor Miguel Faria

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e de Ciências da Vida

Lisboa

2015

Agradecimentos

Aos meus pais, pela oportunidade de concretizar mais um objetivo e por todo o apoio e confiança dados ao longo do meu percurso académico.

À minha irmã, pelo companheirismo, confidências e amparo.

Ao Pedro, pela paciência, compreensão e apoio ao longo deste percurso.

À Professora Fernanda Salvaterra pelo apoio no início deste trabalho.

Ao Professor Miguel Faria pela disponibilidade e orientação.

Às minhas colegas pela partilha de saberes e pelo companheirismo.

Aos meus amigos, pelo apoio e compreensão em mais uma fase importante e por continuarem sempre ao meu lado apesar da distância e falta de tempo.

A todos vós, o meu eterno agradecimento!

Resumo

Este estudo tem como objetivo verificar a relação entre a qualidade da vinculação e o luto mediante as perspetivas acerca da morte. O estudo recai sobre a vivência do luto procurando relacionar esta com a vinculação e com as perspetivas sobre a morte.

A amostra foi constituída por 112 participantes adultos enlutados sendo que 20 são do género masculino e 92 são do género feminino com uma média de idades de 34.70 anos (DP=11.246).

Para avaliar as variáveis vinculação, luto e perspetivas acerca da morte foi aplicado um questionário sociodemográfico onde constaram as medidas Escala de Vinculação do Adulto, Prolonged Grief Disorder – 13 e Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte.

Os resultados sugerem que tanto os homens como as mulheres têm uma visão da morte como um fim natural, sendo esta aceite por ambos pois ninguém escapará dela. Conclui-se ainda que à medida que a ansiedade aumenta, a dor emocional aumenta também. Por outro lado também foi sugerido pelos resultados que quanto maior é o conforto e a confiança menor é a dormência emocional e a dor emocional.

Palavras-chave: Vinculação; Luto; Morte.

Abstract

This study purposes to determine the relationship between quality of attachment and grief upon the prospects about death. The study is on the experience of grief trying to relate this to the attachment and the perspective on death.

The sample consisted of 112 bereaved adult participants and 20 are male gender and 92 were female with a mean age of 34.70 years (SD = 11.246).

To evaluate the variables attachment, grief and perspectives about the death was applied a social demographic questionnaire which consisted measures Adult Attachment Scale, Prolonged Grief Disorder - 13 and Brief Scales Several Perspectives on Death.

The results suggest that both men and women have a vision of death as a natural end, which is accepted by both because no one will escape it. We conclude that even as anxiety increases, the emotional pain increases. On the other side was also suggested by the results that the greater comfort and the least confidence is the emotional numbness and emotional pain.

Keywords: Attachment; Grief; Death.

Lista de Abreviaturas

EBM – Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte

PG-13 – Prolonged Grief Disorder - 13

EVA – Escala de Vinculação do Adulto

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Índice

Introdução	8
Capítulo 1 – Vinculação	10
1.1 Definição de vinculação.....	11
1.2 Bowlby.....	14
1.3 Mary Ainsworth.....	17
Capítulo 2 – Luto.....	21
2.1 Definição de luto.....	22
2.2 Fases do luto	26
2.3 Luto patológico/ complicado	29
Capítulo 3 – Morte.....	32
3.1 Definição de morte.....	33
3.2 Relação homem – morte	34
3.3 Mortes por acidente	41
3.4 Mortes por doença terminal	42
3.5 Mortes por doença súbita.....	50
3.6 Mortes por suicídio	51
3.7 Mortes por homicídio.....	53
3.8 Morte neonatal	55
Capítulo 4 – Estudos sobre a vinculação, o luto e a morte.....	57
Capítulo 5 – Metodologia	61
5.1 Objetivos e hipóteses	62
5.2 Participantes.....	65
5.3 Medidas.....	67
5.3.1 Questionário sociodemográfico	67

5.3.2 EBM (<i>Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte</i>).....	68
5.3.3 PG-13 (<i>Prolonged Grief Disorder - 13</i>).....	69
5.3.4 EVA (Escala de Vinculação do Adulto).....	71
5.4 Procedimento	75
Capítulo 6 – Resultados.....	77
6.1. Análise da normalidade da amostra	78
6.2. Diferenças entre o género e a idade e o tempo decorrido desde a perda	79
6.3. Diferenças entre as dimensões e o género	80
6.4. Diferenças entre as dimensões e os grupos das variáveis estado civil, grau de parentesco e circunstâncias da perda	82
6.5. Relações entre as dimensões das EBM, do PG-13 e da EVA.....	85
Capítulo 7 – Discussão de Resultados.....	89
Conclusão	96
Referências Bibliográficas.....	98
Anexos.....	I
Anexo I.....	II

Índice de tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra.....	66
Tabela 2 – Teste de Kolmogorov-Sminorv para as dimensões das EBM, do PG-13 e da Eva.....	78
Tabela 3 – Diferenças entre géneros nas variáveis Idade e Tempo decorrido desde a perda (T-Student)	79
Tabela 4 – Diferenças entre géneros nas dimensões das EBM, do PG-13 e da EVA (Mann-Whitney)	80
Tabela 5 – Resultados do teste Kruskal-Wallis para a comparação entre os grupos do estado civil para cada dimensão.....	82
Tabela 6 – Resultados do teste Kruskal-Wallis para a comparação entre os grupos do grau de parentesco para cada dimensão.....	83
Tabela 7 – Resultados do teste Kruskal-Wallis para a comparação entre os grupos das circunstâncias da perda para cada dimensão.....	84
Tabela 8 – Correlação entre as EBM e o PG-13.....	85
Tabela 9 – Correlação entre as EBM e a EVA.....	86
Tabela 10 – Correlação entre o PG-13 e a EVA.....	88

Introdução

Este estudo tem como objetivo verificar a relação entre a qualidade da vinculação e o luto mediante as perspetivas acerca da morte. O estudo recai sobre a vivência da experiência do luto procurando relacionar esta com as vinculação e com as perspetivas sobre a morte.

Após várias pesquisas com o intuito de encontrar investigações acerca do luto, constatou-se que por exemplo o Brasil tem muitos trabalhos nesta área. Em Portugal são muito poucos os estudos que envolvam este assunto daí o interesse por estudá-lo e relacioná-lo com outras variáveis. Pretende-se que devido à falta de trabalhos acerca deste tema no nosso país, esta investigação contribua de forma significativa para a área e possa abrir novos caminhos para futuras investigações.

O comportamento de vinculação é descrito como uma categoria de comportamento social tão relevante como o comportamento parental e de acasalamento. A sua função biológica tem sido pouco considerada mas no entanto é sustentada como particular. Este comportamento é designado pelo que ocorre aquando da ativação de vários sistemas comportamentais. Estes sistemas são desenvolvidos no bebé como desfecho da sua interação com o seu meio ambiente de adaptabilidade evolutiva e em particular da sua interação com a mãe como figura principal. A alimentação tem um papel secundário no desenvolvimento desses sistemas (Bowlby, 1969).

No decorrer da evolução humana, a visão acerca da morte foi-se alterando e ganhando uma dimensão diversificada na vida dos sujeitos. Para os nossos antepassados, a morte era descrita como uma fase natural da vida e os familiares presenciavam a morte (Santana, Campos, Barbosa, Baldessari, Paula & Resende, 2009). Consoante foram surgindo desenvolvimentos tanto a nível das indústrias como da medicina no século XIX, a perspetiva da morte e a interação com o enfermo alteraram-se de forma drástica. Os mortos e os vivos começaram a ser separados para se evitar contaminações e riscos, após diversas mudanças a nível sanitário (Combinato & Queiroz, 2006).

Tal como o nascimento, a morte está englobada no decurso da vida do ser humano. Do ponto de vista biológico, acontecerá naturalmente. O homem caracteriza-se pelo sentido e valor que dá às coisas, nomeadamente a nível simbólico, daí o significado da morte ser diferente consoante o momento histórico mas também a cultura humana. Na mente do homem ocidental moderno, a morte é interpretada como uma falha e com vergonha. As tentativas de vencer a morte surgem inesperadamente com o único objetivo de a vencer, porém quando o êxito não ocorre, esta é contestada (Combinato & Queiroz, 2006).

O luto é um conjunto de reações perante uma perda e pode ser considerado também a morte em vida. Perante a falta do que se perdeu, o vínculo desaparece, daí a morte em vida. (Combinato & Queiroz, 2006). Perante a hipótese de perdas importantes, o luto surge como uma resposta já esperada sendo caracterizado como um processo particular onde o sujeito procura significados próprios da perda, da morte de um ente querido e da doença (Souza, Moura & Corrêa, 2009).

As hipóteses deste trabalho são, Hipótese 1: Espera-se que existam diferenças significativas entre os géneros na dimensão Conforto com a Proximidade; Hipótese 2: Espera-se que existam diferenças significativas entre os géneros nas dimensões Dor Emocional e Dormência Emocional; Hipótese 3: Espera-se que os géneros não tenham diferenças significativas na dimensão morte como fim natural; Hipótese 4: Prevê-se que exista uma relação entre a dimensão Dor Emocional e a dimensão Ansiedade; Hipótese 5: Prevê-se que exista uma relação entre a dimensão Conforto/Confiança e as dimensões Dor Emocional e Dormência Emocional. O Protocolo da Investigação (Anexo I) foi composto por um questionário sociodemográfico onde constam sete questões (género, idade, estado civil, grau de parentesco da pessoa que partiu, local da perda, circunstâncias da perda e tempo decorrido desde a perda), pelas Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte (EBM), pelo Prolonged Grief Disorder – 13 (PG-13) e pela Escala de Vinculação do Adulto (EVA). Estas medidas estão adaptadas para a população portuguesa.

O trabalho está dividido por vários capítulos. A parte teórica está dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo está descrita a vinculação, referindo autores tais como Bowlby e Mary Ainsworth. O segundo capítulo é alusivo ao luto onde se inclui a sua definição, as suas fases e o luto patológico/complicado. O terceiro capítulo é referente ao tema da morte onde se inclui a sua definição, a relação homem-morte e as circunstâncias da morte (por acidente, por doença terminal, por doença súbita, por suicídio, por homicídio e neonatal). No quarto capítulo constam alguns estudos acerca da vinculação, do luto e da morte. Posteriormente, no quinto capítulo consta a metodologia onde são descritos: objetivos e hipóteses, participantes, medidas e procedimento. No sexto capítulo constam os resultados da investigação e no sétimo capítulo a discussão dos mesmos. Por fim, consta a conclusão seguida das referências bibliográficas e anexos.

Capítulo 1 – Vinculação

1.1 Definição de vinculação

A resposta dada por uma criança perante a perda ou separação da sua figura materna, deve ser compreendida com base no vínculo que a liga a essa figura. A vinculação é um dos comportamentos que mais é acompanhado por sentimentos fortes. Esta dirige-se para pessoas que são amadas sendo a sua presença saudada com alegria. (Bowlby, 1969).

Bowlby (1969) enumerou cinco respostas que conduzem ao comportamento de vinculação: chorar, sorrir, seguir, agarrar e sugar. O choro e o sorriso fazem com que a mãe se aproxime do bebé e por ali fique. O seguir e o agarrar fazem com que o bebé chegue à mãe e fique junto a ela. A sucção é mais difícil de interpretar. Uma sexta resposta que também é relevante é o chamar pois o bebé a partir dos quatro meses começa a chamar a mãe com apelos curtos e agudos e posteriormente grita o seu nome.

É no início do seu desenvolvimento que as crianças de vinculam à mãe pois precisam dela para se alimentarem se vestirem e para outras tarefas (Soares & Mautoni, 2013). Nos primeiros doze meses de vida, a maioria dos bebés desenvolveu um forte vínculo com a figura materna, ou seja, vincula-se à pessoa que lhe fornece cuidados maternos sem esta ter que ser obrigatoriamente a sua mãe biológica. Porém, faltava entender com que facilidade o vínculo era estabelecido, como era mantido, por quanto tempo durava e qual a sua função (Bowlby, 1969). Ser dependente de uma figura materna e estar vinculado a ela são factos muito distintos. Nas suas primeiras semanas de vida, o bebé depende da sua mãe mas no entanto ainda não está vinculado a ela. Pelo contrário, uma criança com dois ou três anos que esteja a ser tratada por estranhos poderá mostrar estar vinculada à mãe mas por consequente não está dependente dela (Bowlby, 1969).

Até 1958 existiam quatro principais teorias acerca da origem do vínculo infantil: ao possuir necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, a criança torna-se interessada e ligada a uma figura humana, nomeadamente a mãe; o bebé tem uma tendência natural para se relacionar com o seio humano, por isso relaciona-se também com a figura que está ligada a ele, ou seja, a mãe; o bebé tem uma vocação para um forte contacto físico com um ser humano; e o bebé melindra-se por ter sido expulso do ventre e por isso tenta regressar a ele (Bowlby, 1969). Após uma revisão crítica da literatura psicanalítica até 1958, Bowlby propôs que o vínculo da criança com a sua mãe é o resultado da atividade de vários sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como desfecho previsível, baseando-se na teoria do comportamento instintivo. A vinculação requer a constituição de um suporte seguro, isto é, a formação de um sentimento de segurança e bem-estar que se dá quando o

outro está presente. Com o objetivo de criar essa segurança, a criança utiliza comportamentos de vinculação, os quais possibilitam a obtenção e sustento de proximidade com a figura de vinculação (Basso & Marin, 2010). A teoria da vinculação refere-se a um sistema comportamental que tem a vinculação como um dos seus itens importantes tendo esta os seus determinados ativadores, finalizadores, hipóteses, resultados e funções. A função de proteção da vinculação é muito importante na infância pois é aí que são notáveis os comportamentos exploratórios. A função de exploração possibilita que se aprenda a adaptar a uma variedade de ambientes. Quando o comportamento de vinculação é ativado, o bebé procura proximidade mas quando a intensidade deste é baixa, o bebé sente-se à vontade para explorar. Ao ter a figura de vinculação por perto, particularmente aquela que acredita ser acessível e recetiva, o bebé fica susceptível a estimulações que podem ativar a exploração (Ainsworth, 1979). As crianças que têm uma vinculação segura são mais cooperativas e afetivas e menos agressivas para as suas mães e para outros adultos. Posteriormente aparecem como mais simpáticos na relação com os pares. Em situações lúdicas, exploram e visualizam mais intensamente e quando têm que resolver problemas são mais entusiasmados e persistentes, aceitando o auxílio da mãe. São também mais curiosos e mais resilientes (Ainsworth, 1979). O sistema comportamental de vinculação funciona lado a lado com o sistema comportamental de exploração, acionando-se obedecendo à sensação de segurança, disponibilidade e resposta da figura de vinculação. No caso das crianças, em situações de stresse, estas têm que sentir segurança para que se desative o sistema comportamental de vinculação e se ative o sistema comportamental de exploração. Nestas situações de stresse, o sistema de vinculação é superior perante os outros sistemas, relacionando-se etiologicamente com a necessidade de subsistência da espécie (Fonseca, Soares & Martins, 2006).

A criança seleciona como sua figura principal de vinculação e as outras figuras a quem se vai ligar dependendo de quem trata dela e da estrutura da família onde vive. Serão a mãe, o pai, os irmãos mais velhos e quem sabe os avós, os sujeitos que a criança distribuirá por figura principal de vinculação e figuras adjuntas (Bowlby, 1969). A ontogénese dos sistemas no ser humano é lenta e complicada, variando o seu ritmo de evolução de criança para criança, daí não se poder formular um enunciado descomplicado acerca do progresso no primeiro ano de vida. No entanto, a partir dos dois anos, quando a criança começa a andar consegue-se observar o seu comportamento de vinculação, muito característico (Bowlby, 1969). A maioria das crianças nesta idade ativa facilmente o seu conjunto integrado de sistemas comportamentais envolvidos, particularmente pela saída da mãe ou por algo

ameaçador. Os estímulos que realmente rematam os sistemas são o som, a visão e o contacto com a mãe. Até aos três anos, estes sistemas continuam a ser ativos de forma fácil. Ao estar na presença incontestada de uma figura principal de vinculação a criança sente-se estabilizada e serena. Quando é ameaçada de perder essa figura pode sentir ansiedade e quando a perda acontece pode ficar numa tristeza profunda e com raiva. A partir daí, os sistemas são ativos com menos facilidades, passando por mudanças tornando menos necessária a proximidade com a mãe. Na adolescência e na adultez surgem novas alterações, nomeadamente no que diz respeito às figuras para quem se dirige o comportamento (Bowlby, 1969). À medida que os anos passam, a dependência materna diminui pois surgem outros relacionamentos com familiares ou amigos e são observados outros ambientes. Este processo é relevante para as crianças porque facilita o decurso da desvinculação para que estas consigam ter ideias de vida próprios. Saber desvincular-se vagarosamente evita grandes sofrimentos face a uma perda. Nos primeiros anos de vida a maior necessidade do bebé são os cuidados da mãe (Soares & Mautoni, 2013).

O comportamento de vinculação é descrito como uma categoria de comportamento social tão relevante como o comportamento parental e de acasalamento. A sua função biológica tem sido pouco considerada mas no entanto é sustentada como particular. Este comportamento é designado pelo que ocorre aquando da ativação de vários sistemas comportamentais. Estes sistemas são desenvolvidos no bebé como desfecho da sua interação com o seu meio ambiente de adaptabilidade evolutiva e em particular da sua interação com a mãe como figura principal. A alimentação tem um papel secundário no desenvolvimento desses sistemas (Bowlby, 1969).

A resposta da mãe perante o comportamento de vinculação do filho determina o seu comportamento daí em diante. As experiências iniciais alteram, melhoram ou eliminam os padrões de comportamento inatos (Parkes, 1998). É com base no vínculo entre a mãe e o bebé que depois todas as relações se desenvolvem. A confiança nos outros e no mundo pode ficar mais forte ou ser destruída perante as experiências que vamos tendo ao longo da vida. Quando a esperança é restituída pelo amor de outra pessoa surge o final feliz, porém, existem pessoas que vivem desapontadas. Estas pessoas têm falta de confiança e esta deveria ter sido estabelecida na infância, devido a isto, não toleram a separação e quando perdem algo evitam pegar-se com medo de serem desapontados novamente (Parkes, 1998).

Ao observarmos a vinculação mediante o desenvolvimento do ciclo de vida, verificamos que as diversas situações de vinculação tais como relações familiares ou

amorosas podem ser uma base de estabilidade e conservação dos modelos internos dinâmicos de vinculação. Estes podem ter sido construídos anteriormente ou perante uma mudança ou alteração pela inclusão de novos membros são atualizados, adaptando-se às novas exigências internas ou externas (Fonseca, Soares & Martins, 2006).

Para se compreender a importância da vinculação no desenvolvimento do adulto têm que ser tidas em conta as tarefas particulares desta fase do ciclo da vida. A instauração da autonomia e da intimidade são as tarefas principais da evolução do jovem adulto. Tudo isto é essencial para que se torne num adulto independente, com uma identidade completa e com um sentido de diferenciação perante os pais e outros adultos. Ao mesmo tempo que se dá decurso de diferenciação do *self* permanece a construção da intimidade, partilha e interdependência nas relações íntimas sejam estas de amizade ou amor. A estabilização da autonomia e da intimidade no adulto são os pilares para encarar novas tarefas desenvolvimentais, como por exemplo, compromissos profissionais, relacionais e parentais. As ligações afetivas do adulto têm como base o repertório desenvolvimental preciso para se criarem mas também o seguimento e a mudança na estrutura da representação da vinculação (Soares, 2007). Nos adultos o sistema comportamental sexual também tem um papel importante, ou seja, quando as relações são estáveis fortifica o vínculo emocional entre os pares e difunde o desenvolvimento de uma relação de vinculação (Fonseca, Soares & Martins, 2006).

1.2 Bowlby

A vinculação é um sistema comportamental que se organiza de forma própria (Bowlby, 1969).

O comportamento de vinculação é definido com um comportamento que um sujeito tem quando quer ficar próximo de outro sujeito. Enquanto a figura de vinculação fica acessível, o sujeito tende a verificar o seu paradeiro e trocar olhares ocasionalmente. O chamamento e o choro também são característicos quando se quer o cuidador próximo. Ao longo do desenvolvimento do ser humano este vai criando relações afetivas, inicialmente entre pai e filho e posteriormente entre adulto e adulto. São os sistemas comportamentais que medeiam o comportamento de vinculação. Estes sistemas são formados através da resposta que se recebe perante determinados comportamentos. O comportamento de vinculação tem como objetivo a conservação de proximidade e comunicação (Bowlby, 1980). Após a estimulação do comportamento de vinculação este só finda quando recebe resposta da figura

de vinculação. Durante a formação, a manutenção, a perturbação e a renovação das relações de vinculação surgem fortes emoções. Quando o sujeito se apaixona forma o vínculo de amar alguém porém quando o parceiro morre surge tristeza e muitas vezes raiva. Quando se mantém uma relação sem contradição o sujeito sente-se seguro e a renovação desta ligação trás satisfação. O comportamento de vinculação é típico de muitas espécies durante a sua evolução pois este contribui para a sua sobrevivência, mantendo-o ligado ao seu cuidador. Esta ligação reduz os riscos de perigo tais como frio, fome ou predadores. O cuidador protegerá o sujeito que está ao seu cuidado, tal como um pai cuida de um filho, ou como um adulto cuida de outro adulto em situação de doença ou na velhice. Este comportamento está ativo ao longo de toda a vida e também tem uma função biológica importante (Bowlby, 1980).

Conforme está provado, em contexto familiar, muitos bebés com cerca de 3 meses de idade já respondem à mãe de forma diferente comparando com as outras pessoas. Ao ver a sua mãe o bebé sorrirá e vocalizará mais facilmente do que se fossem outras pessoas. Também segue a mãe com os olhos por mais tempo. Sendo assim, a distinção perceptual está presente. Porém isto não é o suficiente para afirmar se existe comportamento de vinculação pois são necessárias provas precisas de que o bebé reconhece a mãe e comporta-se de maneira a tê-la próxima de si. A manutenção da proximidade é observada em comportamentos de choro quando a mãe sai do quarto ou quando o bebé chora e tenta segui-la (Bowlby, 1969).

A percepção da criança aumenta consoante a sua aptidão para entender o que se passa à sua volta, porém, isso trás mudanças. Uma mudança comporta o facto de a criança ter cada vez mais consciência de uma partida iminente. Ao longo do primeiro ano o bebé reclama quando é colocado no berço e mais tarde quando nota que a mãe não está ao alcance da sua vista. Posteriormente, quando está distraído no momento em que a mãe o deixa protesta quando percebe que ela saiu. A partir daí passa a tomar atenção a todos os passos da mãe, vigia-a quase todo o tempo e quando ela se afasta escuta atentamente o som da sua movimentação (Bowlby, 1969). Quando tem onze ou doze meses conhece melhor o comportamento da mãe e quando prevê que ela vai partir, protesta com antecedência. Os pais ao saberem que isto acontece começam a esconder os preparativos da sua saída para evitarem reclamações por parte da criança. O comportamento de vinculação é mostrado por muitas crianças de uma forma forte e constante até cerca dos três anos. Dá-se então uma mudança. A experiência desta mudança é bem explicada por educadoras de infância. Antes dos dois anos e nove meses, as crianças que vão para o jardim-de-infância ficam consternadas quando a mãe se vai embora. O choro dura alguns minutos e elas ficam caladas exigindo constantemente a

atenção da educadora, contradizendo com a forma de se comportarem no mesmo contexto quando a mãe está presente (Bowlby, 1969).

Quando completam os três anos, as crianças já aceitam a partida temporária da mãe enquanto brincam com outras crianças. Esta mudança ocorre quase subitamente incutindo que algum nível de maturidade foi ultrapassado. Depois dos três anos uma das mudanças principais é o facto de a criança estar mais capaz para permanecer num local estranho e sentir-se segura com figuras sujeitadas de vinculação tais como um familiar ou uma professora da escola. De qualquer das formas o sentimento de segurança é limitado. Primeiramente, as figuras sujeitadas de vinculação devem ser pessoas com quem a criança está habituada, de predileção as que conheceu quando estava acompanhada pela mãe. Em segundo lugar, a criança não deve estar apavorada e estar saudável. Em terceiro lugar, saber onde a mãe se encontra e acreditar que pode restabelecer o contacto com ela em pouco tempo. Quando estas condições estão ausentes é possível que a criança fique a choramingar todo o tempo e que exponha outras perturbações de comportamento (Bowlby, 1969). Embora as crianças com mais de três anos não mostrem com tanta frequência o comportamento de vinculação, não quer dizer que este não seja importante. Ainda que atenuado, o comportamento de vinculação existente nos primeiros anos escolares é idêntico ao de crianças com quatro. As crianças de cinco e seis anos ou mais velhas quando vão passear gostam de agarrar na mão dos pais e ficam melindradas se isso lhe for negado. Ao brincarem com outras crianças quando algo de errado acontece procuram depressa os pais ou os seus substitutos. Ao estarem muito amedrontadas procuram o contacto direto. O comportamento de vinculação é um traço predominante na vida de uma criança durante toda a fase de latência (Bowlby, 1969).

Na adolescência a vinculação de uma criança aos seus pais sofre alterações. Outros adultos podem ter um papel igual ou mais importante do que o dos pais e a atração sexual por outros adolescentes começa a aumentar o panorama. Como consequência, a modificação pessoal aumenta ainda mais. Num extremo encontram-se os adolescentes que se afastam radicalmente dos pais e no outro extremo os que ficam muito vinculados e não se conseguem vincular a outras pessoas. Quase todos os adolescentes estão entre os dois extremos onde a vinculação com os pais está intacta mas onde surgem também vínculos com outras pessoas (Bowlby, 1969).

Em grande parte dos sujeitos, o vínculo com os pais permanece na adultez, afetando o comportamento de várias formas. É na velhice que o comportamento de vinculação não é dirigido para pessoas mais velhas mas sim para os mais jovens. Na adolescência e na adultez a

vinculação é dirigida não só para pessoas que não são da família mas também para outros grupos e instituições (Bowlby, 1969). A vinculação na adultez é a continuação da mesma na infância sendo mostrada em casos que o adulto mostre o seu comportamento de vinculação mais facilmente tais como em circunstâncias de doença. Em situações de perigo será buscado conforto junto de alguém de confiança (Bowlby, 1969).

A perda e a separação podem originar sofrimento, raiva, desapego e ansiedade tudo isto porque os seres humanos têm uma tendência a criar ligações afetivas fortes com os outros (Bowlby, 1980). Durante a vida o comportamento de vinculação pode ter alterações tornando-se algumas vezes numa vinculação ansiosa. São durante os anos de infância e adolescência e consoante as experiências que o sujeito tem com as suas figuras de vinculação que ele organiza o seu padrão de vinculação. A partir desta organização também através da personalidade do sujeito, o seu padrão de relações afetivas também se transforma ao longo da vida (Bowlby, 1980). Quando a criança é rejeitada e os seus sentimentos são reprovados, ela passa a inibir o seu comportamento de vinculação e a esconder os seus sentimentos. Esta experiência familiar durante a infância é dura e difícil e mais tarde quando a criança crescer vai fazer com que ela se sinta incompreendida perante si mesma e pelos outros. Em adultos, quem passou por esta experiência, tem tendência para depressão, alcoolismo e tentativas de suicídio. Podem também trazer riscos para quem está mais próximo deles tais como o cônjuge ou os filhos (Bowlby, 1980).

1.3 Mary Ainsworth

É comum a utilização de três conceitos para definir a relação da criança com a sua mãe, são estes, relações objetais, dependência e vinculação. Estes termos podem estar ligados entre si mas não são sinónimos. As ligações entre eles dependem da teoria da origem do desenvolvimento interpessoal. A definição de relações objetais provém da teoria psicanalítica (Ainsworth, 1969).

O “objeto” é o agente que facilita o alcance do objetivo de forma instintiva. O agente é habitualmente uma pessoa. O primeiro objeto da criança é a sua mãe. As relações objetais têm origem no primeiro ano de vida da criança. A dependência foi definida inicialmente como uma unidade aprendida através da sua associação com a diminuição dos impulsos primários. Vários teóricos da aprendizagem caracterizaram a dependência como um grupo de comportamentos aprendidos face à relação de dependência entre a criança e a sua

mãe. Estes comportamentos foram fortalecidos no decorrer das interações entre ambos. A dependência pode implicar imaturidade pois mesmo esta sendo normal na criança, deve gradualmente dar lugar a um grau de independência. A vinculação refere-se ao afeto que uma pessoa cria com outra. Nas relações objetais, os vínculos surgem em todas as idades e isso não significa que haja imaturidade ou desamparo. Inicialmente o primeiro vínculo é criado com a mãe mas pode ser suplementado por vínculos com outras pessoas (Ainsworth, 1969). O vínculo criado com a mãe ou com outras pessoas tem tendência a perdurar. O termo vinculação não deve ser atribuído a relações situacionais ou transitórias. A vinculação pode aumentar ou diminuir consoante as situações mas é durável mesmo com o impacto das situações hostis. A vinculação da criança tem como resultado previsível de trazer a sua mãe para perto de si, seja com o uso de sinais que atraíam a mãe ou pela sua própria atividade (Ainsworth, 1969).

Quando existe distância entre a criança e a mãe é ativado o sistema de vinculação porém essa ativação não quer dizer que possa haver aumento da proximidade ou de contacto. A distância pode ser causada pela mãe, pela criança ou por outra pessoa por isso é possível que o sistema de vinculação permaneça ativado até a que a distância habitual seja restabelecida (Ainsworth, 1969). Os comportamentos intermediários de vinculação são a orientação, a sinalização e a execução. Para saber onde está a mãe a criança foca-se nela e acompanha os seus movimentos com a visão e com a audição. Para atrair a mãe, a criança pode chorar, sorrir, balbuciar ou fazer gestos tais como levantar os braços. Quando recebe a atenção da mãe ele pode mediar a sua aproximação podendo conseguir contacto com ela mantendo o seu comportamento de vinculação. Os seus comportamentos para ter proximidade com a mãe começarão a ser organizados ao longo do tempo tendo sempre um objetivo e técnicas flexíveis para o alcançar. A vinculação é importante para a criança e os cuidados maternos serão inevitáveis, assim a proximidade é mantida razoavelmente. Quando a criança está a brincar e a explorar outras atividades tende a diminuir a proximidade com a mãe (Ainsworth, 1969). A mãe para além de ter que cuidar da criança tem outros objetivos tais como atividades externas, outros filhos e o marido. A criança pode também estar próxima da mãe e optar por explorar o ambiente ou brincar porém quando estas atividades fazem com que se afaste da mãe, esta procura reativar a proximidade da mãe. A criança pode chamar a mãe, ir até ela ou até pode ser a mãe a chegar perto dela. Existem vários comportamentos com objetivos recíprocos. A ativação do comportamento de vinculação pode ser diferente na sua intensidade e na sua forma de comportamento. Por exemplo o comportamento de abordagem

ocorre quando a distância entre a mãe e a criança é excessiva e dá-se o alarme. O alarme ativa a rapidez da locomoção. Ao ser ativador faz com que as situações que provoca sejam mais intensas. Ao estar alarmada a criança aproxima-se da mãe mas também grita. O alarme pode diminuir assim que a criança vê a mãe ou ouve a sua voz, assim garante que esta está por perto. Em várias situações tais como doença, fome ou incómodo, o objetivo da criança é ter contacto físico com a mãe. Algumas condições ambientais tais como objetos ou situações estranhas também podem causar alarme junto da criança e esta buscar rapidamente a proximidade da mãe. O comportamento da mãe influencia a intensidade da ligação dela com a criança em vários contextos, como por exemplo, a sua partida ou o seu regresso (Ainsworth, 1969).

Na sua investigação acerca do desenvolvimento da vinculação, Mary Ainsworth (1979) criou a “situação estranha”. A “situação estranha” foi utilizada para que os padrões de comportamento da criança fossem testados tendo como resultado três padrões diferentes de fixação. A avaliação foi definida consoante o padrão de comportamento mostrado na “situação estranha”, colocando os bebés em três grupos. Os bebés do grupo A choraram na separação e no regresso da mãe evitando-a. Os bebés do grupo B tinham a mãe como a sua base segura e exploram o ambiente antes da separação, porém o seu comportamento de vinculação ficava mais intenso devido às separações da mãe. No regresso da mãe procuram proximidade e contacto com ela. Os bebés do grupo C mostraram sinais de ansiedade antes da separação e após esta ficaram muito angustiados. No regresso da mãe são ambivalentes com a mãe pois tanto tentam ter contacto com ela como a evitam. Estes grupos foram comparados ao longo do seu primeiro ano de vida. As crianças do grupo B foram consideradas seguras, pois os seus comportamentos indicaram isso enquanto os outros dois grupos mostraram ansiedade. Os bebés do grupo A comportaram-se de forma negativa. Relativamente ao grupo B foi esclarecido que as mães eram mais sensíveis aos sinais dos filhos enquanto nos outros grupos as mães eram mais ansiosas nas situações comuns de interação entre mãe e filho (Ainsworth, 1979). As mães dos bebés do grupo A expressavam pouco os seus afetos, diferenciando-as das mães dos grupos B e C. As crianças do grupo A, ao ativarem o seu comportamento de vinculação experimentavam um conflito custoso entre a rejeição e a busca da mãe. Estas crianças passaram a ter comportamentos de prevenção e atitudes defensivas para que a raiva e a ansiedade fossem menores e permitissem alguma proximidade com a mãe (Ainsworth, 1979).

A interação entre a mãe e o bebé é muito importante pois o contacto próximo, a interação cara a cara e a resposta dada ao choro fazem com que o bebé crie expectativas acerca da mãe e posteriormente um modelo de funcionamento dela com maior ou menor grau de acessibilidade e recetividade. Quando a mãe é sensível num determinado contexto, terá a mesma sensibilidade em outros contextos, assim é uma base segura para a criança quando esta explora o ambiente (Ainsworth, 1979).

Capítulo 2 – Luto

2.1 Definição de luto

O luto é um conjunto de reações perante uma perda e pode ser considerado também a morte em vida. Perante a falta do que se perdeu, o vínculo desaparece, daí a morte em vida. (Combinato & Queiroz, 2006).

Perante a hipótese de perdas importantes, o luto surge como uma resposta já esperada sendo caracterizado como um processo particular onde o sujeito procura significados próprios da perda, da morte de um ente querido e da doença (Souza, Moura & Corrêa, 2009).

Uma das experiências psicológicas mais cruéis sentidas pelo ser humano é a perda de alguém pelo qual se tinha um grande sentimento de amor. Perante o sofrimento sentido surgem expressões de vazio, carência e solidão. O luto não acontece somente quando se perde um ente querido, pode ocorrer também com a perda de um objeto. Esse objeto pode ser um carro, uma casa, ou seja, é um objeto ao qual o indivíduo deu o seu investimento pulsional. Ao longo da vida ocorrem vários processos de luto e todos devem ser bem elaborados (Conter, Hass, Pasqualin & Villwock, 2012). A morte é uma realidade difícil que engloba várias emoções, reações e comportamentos onde habitualmente os sentimentos se sobrepõem à razão, tendo as interpretações particulares um papel decisivo. Simultaneamente, a morte é próxima e longínqua. Não se pode negar a sua presença porém é somente quando morre alguém que nos é querido que somos afetados pela morte mesmo que não queiramos e as nossas emoções surgem de forma variada (Conter, Hass, Pasqualin & Villwock, 2012).

Depois de uma morte, o luto é uma ocorrência importante que dificilmente é encarado de forma superficial (Parkes, 1998). O luto é uma reação normal a um stresse que porém seja raro na nossa vida, é vivido por muitos de nós sem ser ponderado como uma perturbação mental. A perturbação mental é muitas vezes entendida como uma loucura, uma espécie de debilidade mental que faz com que as pessoas não tenham controlo nos seus comportamentos e não consigam agir de forma racional. Muitos consideram a perturbação mental irremediável. Como o luto não é esse género de perturbação mental, os enlutados não podem ser tratados como doidos nem serem submetidos a esse preconceito. O luto pode não causar dor física mas causa desconforto e alteração das funções (Parkes, 1998). O patrão dá uns dias à pessoa enlutada, esta fica em casa e temporariamente alguém assume o seu papel quando é necessário tomar decisões. De várias maneiras, o luto pode ser tido como uma enfermidade. Quem experiencia o luto pode ficar mais forte e maduro porque até então tem estado além destas situações, ou seja, protegido de desgrças. A dor do luto faz parte da vida como a alegria que temos em viver. Pode ser o preço a pagar pelo amor ou pelo pacto. Fingir

que esta dor não existe é evitar emoções que quer se queira ou não, vão cruzar a nossa vida. Um dos traços mais frequentes do luto é a reação (Parkes, 1998). O luto acarreta um afastamento das atitudes normais da vida porém poderá ser ultrapassado após algum tempo. Face a perda de alguém que se ama surge sofrimento, perda de interesse pelo que se passa à sua volta e incapacidade de se afastar de pensamentos que não estejam relacionados com a pessoa que partiu. Perante a realidade de que o objeto amado deixou de existir, exige-se que a libido seja tirada da relação com aquele objeto. Contudo este desfecho pode trazer uma oposição que é compreensível pois as pessoas não têm vontade de retirar logo a sua posição libidinal. Com o decorrer do tempo será aceite a perda do objeto e a libido será totalmente desvinculada do objeto perdido (Freud, 1976).

Como conceitos principais do pesar do luto encontram-se a ansiedade de separação (a saudade e a procura do outro). O luto tem sido descrito como um processo e não como um estado (Parkes, 1998). A inação que se transforma em saudade e busca do outro, estas que se transformam em desordem e aflição e só depois desta última fase é que se dá o restabelecimento. Em qualquer umas das fases a pessoa pode ostentar um dos quatro diversos fatores. As diferenças de pessoa para pessoa nestas fases tanto a nível da durabilidade ou do formato da fase são consideráveis, cada uma destas fases tem os seus fatores. As pessoas podem passar uma fase adiante mas porque passados muitos anos encontram uma fotografia que provoca sofrimento e nostalgia, pode retroceder nas fases. Mesmo assim, há um padrão comum que pode ser visto na maioria dos casos. Com isto, pode existir a justificação de se considerar o luto um procedimento psicológico diferente. Normalmente o luto está associado à perda de uma pessoa amada mas quase nunca fica esclarecido exatamente o que foi perdido. Quando a perda é o marido, perde-se ou não o parceiro sexual, o companheiro, o cuidador dos filhos, o confidente das conversas entre tantas outras dependendo do papel do marido. Habitualmente a perda do marido trás outras perdas como por exemplo uma quebra nos rendimentos, mudança de casa, mudança de emprego, entre outras. Após a perda surge a necessidade de adotar e aprender novos papéis excluindo o apoio da pessoa que já era hábito contar. Quando os filhos também vivem tempos difíceis após a morte do pai, essa é também uma causa do stresse para a mulher, stresse mais elevado do que o próprio luto (Parkes, 1998).

A morte acontece sempre referente a um tempo e lugar particulares e pode ter sido prevista. Quando uma doença se prolonga por muito tempo e por vezes a nível funcional a pessoa já está morta há meses antes da sua morte física. Mesmo quando os doentes são considerados “vegetais”, os familiares continuam a ter esperança. Mesmo quando se percebe

que não há qualquer tipo de esperança, continuam sempre na expectativa de uma mudança brusca no quadro ou em resgatar algo de como era a afinidade. Para além das respostas de mágoa, há mais dois fatores a considerar na qualificação da reação geral à perda: o estigma e a carência. O estigma é a mudança de comportamento que sucede socialmente após a morte de alguém. Após a viuvez, as mulheres constam que as suas amigas pegadas ficam tensas quando estão com elas. As ofertas de ajuda acabam por não ser as atitudes precisas. Frequentemente só quem está em luto ou já passou pela experiência fica por perto (Parkes, 1998). A carência caracteriza-se pela ausência de uma pessoa ou dos objetos precisos sendo o contrário da perda de uma pessoa ou objeto. Um enlutado reage tanto à perda como à carência. O pesar é a forma como se reage à falta e à solidão, é a reação à carência (Parkes, 1998).

A perda do cônjuge ou do filho deixa um imenso vazio na vida da pessoa. Nós temos necessidade de interagir com outras pessoas. A evolução do casamento a nível cultural não fez muito para assegurar que as decepções destes continuem a ser acontecer de forma adequada depois da sua extinção. A falta de consideração pelo luto é cada vez maior quando se traduz no pouco apoio que os enlutados recebem da sociedade e das suas famílias. A solidão e a pobreza são características ligadas à carência que tendem a prosseguir enquanto a carência durar. Não é possível analisar a perda sem se analisar a privação, estas estão unidas. Como resposta ao luto, a mágoa será mais intensa logo após a morte, diminuindo depois, ficando para trás a reação à privação. O pesar é uma forma de reagir tão forte que temporariamente ofusca todas as restantes origens de dificuldade, por isso, justifica-se o facto de o luto ter que se analisado como unidade de stresse em vez de dar importância às faltas secundárias, à carência, à mudança de papéis e ao estigma (Parkes, 1998).

Ao longo da vida os seres humanos transpõem inúmeras mudanças. Todas as mudanças acarretam uma perda e um ganho. É preciso desistir do velho para aceitar o novo. Perde-se um emprego e consegue-se outro; propriedades e bens são comprados e vendidos; expectativas são alcançadas/atingidas e esperanças são frustradas. Em todos estes factos, os sujeitos têm que abrir mão de uma forma ou de outra de vida e de aceitar a outra. Se a mudança for reconhecida como uma mais-valia ou um ganho, facilmente será aceite. Pelo contrário, se for tida como uma perda surgirão tentativas de resistir à mudança. A base do luto poderá ser a relutância em desistir de posses, indivíduos e expectativas. A maneira como o sujeito encara o processo de mudança na sua vida, determinará a visão que tem de si mesma e do mundo (Parkes, 1998).

O stresse pós traumático tem vindo a ganhar mais ênfase nos últimos tempos porque se deu o reconhecimento de um conjunto de sintomas que costumam manifestar-se quando o sujeito sofre ameaças severas à sua vida ou presencia/assiste a situações aterrorizantes. As características deste transtorno são recordações aterrorizadoras do que aconteceu. Recordações tão vividas, que o sujeito tem a sensação de estar a passar pelo trauma repetidamente. Estas vivências surgem durante o dia e à noite com os pesadelos. São tão aflitivas que a pessoa tenta evitar a todo o custo o que as provoca mas sente-se como se uma nova tragédia fosse acontecer, estando habitualmente sobressaltada e sempre em alerta. É isto, que difere o stresse pós traumático e o luto, ambos tidos como resposta psicológica a um acontecimento traumático relevante (Parkes, 1998).

O Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto de Stroebe e Schut (1999) consiste numa descrição de várias maneiras de como um sujeito enfrenta a perda de um ente querido. Foi inicialmente desenvolvido para perceber o enfrentamento da perda de um parceiro mas também é adequado a outros tipos de luto. Este modelo é composto pelo stresse ligado ao luto, estratégias cognitivas envolvidas para aceitar o evento que ocorreu e a dinâmica do processo de oscilação que diferencia os elementos anteriores. Ao serem examinados os fenómenos do luto é sugerido que os sujeitos ficam comprometidos em diferentes dimensões. Estas dimensões variam consoante cada sujeito e a cultura. Lidar com a perda faz parte da vida quotidiana, o que envolve tempo. Quando existe falta de orientação esta está associada à concentração e ao processamento da experiência da perda. Tradicionalmente o luto era descrito assim, numa reflexão acerca da relação com quem partiu, relembando-se do vínculo e da vida do ente querido mas também das circunstâncias da sua morte. A ansiedade demonstrada após a visualização de fotos do falecido e o choro, também está englobada nesta dimensão. Existem várias reações perante a ausência do ente querido, a saudade tanto pode ser serena como angustiada. As emoções surgem muitas vezes involuntariamente e de forma inesperada, sendo nos primeiros dias após a perda, negativas, mas depois disso e ao longo do tempo aparecem emoções positivas (Stroebe & Schut, 1999). O surgimento de emoções positivas é relevante para o processo de recuperação da perda. Logo após a perda é comum que o enlutado se sinta desorientado, porém ao longo do tempo a sua atenção ficará focada noutras origens de revolta e angústia. Algumas vezes os enlutados são confrontados pela perda mas noutras alturas vão preferir não se recordar do que se passou tentando encontrar um foco e buscando alívio junto de outras coisas. O regresso ao trabalho ou as tarefas domésticas diárias são algumas das alternativas possíveis. O balanço é preciso para que ao longo do

tempo, o enlutado se consiga adaptar às diversas situações, daí a importância da relação entre a oscilação e a saúde física e mental do sujeito. Um suporte social adequado facilita a resolução do luto o que mantém também o bem-estar físico e mental. Durante este tempo o sujeito pode optar por se distrair procurando atividades novas ou por outro lado pode tornar-se difícil o enfrentamento de algumas circunstâncias. O enfrentamento da perda, o seu confronto, é uma peça fundamental para a adaptação ao luto. Cognitivamente a perda tem que ser resolvida. Este é o argumento primordial do Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto (Stroebe & Schut, 1999).

2.2 Fases do luto

A indicação de que o tempo é uma das melhores formas para que o luto seja bem resolvido nem sempre é razoável pois a resolução do luto depende de diversos fatores. A pessoa que partiu, a sua idade, a causa da sua morte e o relacionamento com essa pessoa são alguns desses fatores. Nesta situação é importante que o enlutado tenha o apoio de pessoas a quem está vinculado. No luto, cada uma das suas fases tem representações diferentes para cada sujeito que passa por ele. Cada fase pode durar um tempo diferente para cada pessoa e ser percebida por condições ambientais e sociais. Todas as fases podem ser ultrapassadas pelo enlutado, porém quando surge um estímulo como por exemplo uma fotografia, poderá fazer regressar a dor e a saudade (Basso & Marin, 2010).

Não é a depressão profunda que mais caracteriza o luto mas sim episódios de sofrimento e ansiedade. Nestas situações o enlutado sente muita falta da pessoa que morreu. O sofrimento ocorre algumas horas ou dias depois da perda. Podem durar entre cinco a catorze dias. Inicialmente ocorrem com frequência mas à medida que o tempo passa a sua frequência é menor. O simples facto de encontrar uma fotografia pode levar a que a ansiedade e o sofrimento regressem. O sofrimento e a ansiedade trazem também uma apreensão com ideias que podem causar ainda mais dor. Nos adultos, a expressão facial do luto é descrita como um equilíbrio entre a vontade de chorar e a vontade de suprir esse comportamento pode ser considerado impróprio e inútil. Os adultos têm a noção de que não vale a pena procurar a pessoa que morreu porém não quer dizer que não o façam mesmo que irracionalmente (Parkes, 1998).

A procura ocorre constantemente para resgatar o objeto perdido. São escolhidos determinados locais para ser feita a busca. No caso de uma mãe que perde um filho é habitual que ela o procure pela casa e chame o seu nome. Estar sempre a pensar no filho também é

comum. Comportamentos tais como vigília, agitação e chamar pela pessoa perdida são habituais nos enlutados (Parkes, 1998). As lembranças de quem partiu podem tornar-se dolorosas fazendo com que o enlutado prefira esquecê-las. As lembranças podem até interferir no pensamento do enlutado acerca de quem perdeu. O pesar e as reações de stresse traumático são diferentes nomeadamente no que toca ao tipo de imagem que tem a ponderação do enlutado. Quando a morte é acidental ou devido a uma doença terrível que pode deixar a pessoa mutilada, pode deixar recordações de grande sofrimento. No caso de uma morte serena onde o morto parece estar em paz traz recordações agradáveis. Há lembranças que inicialmente trazem dor mas estas devem ser trocadas por lembranças felizes. O suicídio pode ser visto como uma resolução radical para o luto. Por vezes é considerado um meio para ir ter com o morto ou uma forma de pôr fim ao sofrimento presente. O chamamento pela pessoa morta também é associado à busca pela pessoa (Parkes, 1998).

Ao compreender-se o luto como uma sequência, é possível entendê-lo consoante as suas fases. A primeira fase é designada a fase de apatia, ou seja, o sujeito encontra-se em choque e incrédulo. Surge uma dificuldade por parte do enlutado em lidar com a nova realidade, principalmente quando diz respeito a perdas repentinas ou inesperadas. As fases a seguir são caracterizadas por angústia, reclamação, desesperança, restabelecimento e restituição, podendo ter uma duração variada e serem alternadas (Franco, 2005).

Surgem alterações algumas horas ou dias após a perda para que o sujeito tome realidade face ao que aconteceu. No caso das viúvas aparecem insónias, agitação e preocupação com o marido como se ele estivesse perdido mas no sentido real da sua presença. A viúva tem a tendência, depois disto, a imaginar sinais e sons de como se o marido fosse regressar. Chegam a ouvir a porta de casa a abrir como se fosse o marido a chegar depois de um dia de trabalho. Não é incomum as viúvas sonharem que os maridos estão vivos porém é quando acordam que ficam desoladas. Estas situações acontecem com a maioria das viúvas e são uma característica normal da dor (Bowlby, 1980).

Numa fase inicial do luto é habitual o sujeito enlutado alternar entre dois estados de espírito. Alterna entre a ideia de que a morte aconteceu com a dor e sofrimento a que leva, e por outro lado, não acredita que a morte tenha acontecido tentando procurar e reaver a pessoa que morreu. Tanto a perda como a frustração que surgem perante a perda de um ente querido despertam a raiva. Esta busca pela pessoa perdida fica diminuída ao longo do tempo mas pode ser intensa nos primeiros dias após a morte. Esta diminuição da procura varia consoante a boa resolução do luto e de pessoa para pessoa (Bowlby, 1980).

No caso da Oncologia, o luto vai surgindo à medida que a família se vai apercebendo das perdas e dores do tratamento oncológico, sendo a morte do filho uma iminência. Assim que o diagnóstico é apresentado aparecem reações de luto tais como apatia, agitação, irritação, tristeza, entre outros. É comum que a família fique desorganizada a nível emocional. Existem pais que têm muita dificuldade em aceitar as indicações dadas pela equipa de saúde. Como a ansiedade é muita, os pais muitas vezes acabam por se esquecer das indicações que receberam podendo assim prejudicar a comunicação com outros familiares (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA], 2013). Quando as famílias enlutadas recebem apoio deve ter-se em conta a fragilidade e vulnerabilidade dos pais. Quando o luto se antecipa pode funcionar como um alerta para as complicações de todo um processo de luto. A forma como as perdas são vividas antes da morte e a expressão de sentimentos e de culpa que atravessam o vínculo com a criança devem ser consideradas perante os pais que podem perder o filho a qualquer momento. A dor da perda de um filho pode ser insuportável e destruidora para o funcionamento psicológico, sendo importante dar reparo a todas as características do pesar. É importante referir que no caso de haver outros filhos que estes também precisam de atenção porém isso nem sempre acontece pois os pais ficam com dificuldades no processo de vinculação e de afetos com os outros filhos. Consoante a idade dos outros filhos, eles podem ter um trauma psíquico que pode trazer consequências emocionais no futuro (INCA, 2013).

Sejam as famílias grandes ou pequenas, a perda nunca é coletiva. Cada familiar tem uma perda individual. A criança tem um lugar particular na vida de cada um por isso o luto irá decorrer consoante o laço afetivo que havia entre a criança e o respetivo familiar (INCA, 2013).

Kubler-Ross (1991) indicou que as fases do luto são as reações psicológicas perante a perda/experiência da morte. Estas fases podem ocorrer perante qualquer perda pessoal catastrófica. Estas fases podem ainda ocorrer por outra ordem, nem todas as pessoas passam por estas fases mas é habitual passarem pelo menos por duas delas. A primeira fase é designada a fase da negação e isolamento, ou seja, quase todos os sujeitos negam a situação perante a sua constatação. A negação funciona como uma barreira para que o sujeito se habitue à situação. Depois desta fase surge a aceitação parcial, ou seja, os sujeitos não ficam em negação por muito tempo pois à medida que se habituam à realidade começam a reagir. A intensidade ou tempo desta fase varia de pessoa para pessoa mediante a sua capacidade de lidar com a dor. A segunda fase é a fase da raiva, surge quando a fase de negação já não é mantida sendo substituída por sentimentos de raiva e revolta. Nesta fase os sentimentos são

exteriorizados, trazendo por vezes hostilidades. A terceira fase é a fase da barganha, isto é, uma tentativa de adiar a realidade. Tenta-se negociar para que as coisas voltem a ser como antes, é uma forma de desespero perante a emoção. A quarta fase é a fase da depressão, ocorre quando o sujeito percebe que já não pode negar mais a situação. São comuns sentimentos de tristeza profunda e desesperança. Aparece um sentimento de grande perda. A última fase, isto é, a quinta fase designa-se por aceitação porque ocorre a aceitação da situação, não haverá mais raiva acerca do que aconteceu (Kubler-Ross, 1991).

2.3 Luto patológico/ complicado

Quando o luto é erradamente elaborado, surgem graves consequências. A experiência da perda é dissociada das emoções e pode trazer efeitos graves quando a morte é de algum familiar. A perda de um familiar é significativa para toda a família, como também as diferentes formas de experienciar a morte, portanto é de extrema importância a concretização de estudos que aprofundem a vivência da morte a nível pessoal e familiar (Barbosa, Melchiori & Neme, 2011). Quando ocorre uma perda e a reação à mesma não é a que estava prevista, pode acontecer um processo de luto complicado (Franco, 2005). No decorrer da vida de todos os seres humanos, a morte é uma experiência que é inevitável e ocorrerá em algum momento (Barbosa, Melchiori & Neme, 2011).

O luto complicado pode surgir mediante vários fatores tais como: mortes inesperadas e agressivas, mortes prematuras segundo o ponto de vista do enlutado, a causa e o significado da morte, o tipo da morte, a exposição à comunicação social, a presença de mistérios referentes à morte ou à sua causa, a ausência de rituais fúnebres, a ausência de apoio e outras privações concomitantes com a morte. Quem está de luto encontra-se abalado e fragilizado, necessitando de conforto, paciência e atenção. O enlutado está muitas vezes confuso, incoerente, atemorizado e entorpecido (Franco, 2005).

O enlutado costuma reagir fisicamente ao luto. Aparecem reações tais como, falta de ar, tensão muscular, hipertensão arterial, alteração do sono e mudança de apetite. As reações emocionais mais frequentes são o choque, a aversão, o ressentimento, a aflição e a tristeza. Quem está em luto pode também ter inveja de quem não está a passar por este processo. As reações comportamentais são descritas por uma busca da pessoa que partiu, desorientação, agitação e choro (Soares & Mautoni, 2013). O processo de luto é designado como um procedimento de adaptação que ocorre quando alguém perde um ente querido. Este processo

ocorre quando o sujeito entende a realidade e evidencia que o objeto já não existe mais, ordenando que a libido se liberte do objeto desaparecido. Contudo esta ordem nem sempre é simples de ser executada. Os sujeitos tendem a insistir a estar agarrados aos seus investimentos libidinosos, não fendem as suas ligações mesmo quando aparece outro objeto. Quando continua um forte aprisionamento ao objeto perdido podem surgir alucinações, perdendo a noção da realidade. A noção da realidade vai surgindo lentamente, porém o objeto perdido continua a existir no psiquismo. Este processo demora algum tempo e é envolvido por sofrimento e dor (Conter, Hass, Pasqualin & Villwock, 2012).

Para que o luto seja ultrapassado de forma saudável, o sujeito deve assistir aos rituais fúnebres, como por exemplo, velórios. Estes rituais assinalam a partida de um ente querido, seja ele familiar ou amigo, facilitando o enlutado a dar sentido à perda mas também a recordar serenamente quem partiu. No entanto, o processo de luto pode ter influências negativas em casos de excesso de rituais fúnebres ou quando estes são alterados de forma inesperada (Conter, Hass, Pasqualin & Villwock, 2012). O luto é desenrolado como se fosse uma ferida que se estivesse a curar. A perda de um ente querido causa um trauma mas isso não significa que a pessoa perdida possa ser esquecida. Porém, cada vez que é lembrada a dor é expressada. Quando o luto é bem elaborado, a realidade acaba por imperar. Em muitos casos a sua absorção não é rápida é por isso que os enlutados fixam-se de maneira doentia no objeto de vinculação perdido. Assim o processo de luto não tem um decorrer correto. Surge assim um comportamento designado doentio ou patológico. Este comportamento manifesta-se variadamente, pode ser no atraso ou ausência do luto, a realização de um luto muito forte e demorado ligado a atitudes suicidas ou sintomas psicóticos (Conter, Hass, Pasqualin & Villwock, 2012).

Não é considerado patológico o facto de se colocar flores sobre o túmulo de quem morreu, porém, sabe-se que a pessoa que se homenageia não está lá. Todo o processo que é feito com o cadáver, a limpeza, o vestir, o velório e a cremação são atitudes estranhas quando analisadas perante a forma de elaborar a perda. Este processo é idêntico a um prolongamento da vida do outro para promover a aceitação da perda (Iaconelli, 2007).

Quando ocorre a morte de um filho, muitos pais são incentivados a terem outro filho para que possa preencher o vazio da falta do que morreu. Existem muitos casos na clínica psicanalítica de crianças que nasceram para substituírem um irmão que morreu. Estas crianças precisam de tratamento devido a danos psicológicos (Iaconelli, 2007). Quando morre um bebé surgem as fantasias de que foi um bebé encantador que partiu, é preciso lidar com isto perante

uma ininterrupta relação de perda e reaparecimento. É habitual o senso comum definir a vinculação da mãe ao bebé como o resultado de um tempo cronológico. De certa forma este critério é real pois a convivência entre ambos configura e estreita os laços afetivos. O que é negligenciado é a formação do vínculo que tem origem no psiquismo materno e a sua competência se deve ao narcisismo da mãe. A mãe ao ser privada do objeto que investiu, ou seja, o filho deve ser respeitada e ter condições que propiciem a elaboração de um luto normal (Iaconelli, 2007). É a forma como estas mulheres são tratadas que pode proporcionar ou não a patologia face ao óbito de um filho. Na morte de um filho são invertidas as expectativas das perdas da vida, primeiro deveriam morrer os pais e só depois morreriam os filhos. Quando morre um filho, dá-se um lapso cronológico. A experiência deste trauma precisa de ser elaborada mas muitos pais negam o sucedido e preferem desesperadamente arranjar outro filho. Põe-se um bebé no lugar do que partiu porém a imagem do filho morte permanecerá não dando hipótese ao outro filho de suportar a perda narcísica. Nos tempos modernos, este luto não é aceite e o que acontece muitas vezes é a mãe ficar abandonada tanto pelo filho como pelos outros adultos (Iaconelli, 2007). Não existe um ritual que possa ser recomendado para atenuar o trauma psíquico dos pais. Os pais devem ter à vontade para expressarem o seu desejo sem se sentirem constrangidos. O tempo deve ser tido em conta já que o psiquismo não acompanhada a rapidez imposta na atualidade. No decorrer do processo de luto os pais devem ser escutados de forma sensível e serem auxiliados e expressar a sua dor para evitarem mais sofrimento para si próprios ou para gerações seguintes (Iaconelli, 2007).

Quando uma pessoa é confrontada com várias perdas a dor emocional é mais vasta tornando o processo de luto mais custoso. Todas as perdas nos trazem dor porém existem umas que nos afetam mais do que outras. As reações habituais dos enlutados são choque e desordem. Não é hábito falarmos sobre a dor e a perda sendo o restabelecimento mais penoso quando os sentimentos são ocultados. Ter contacto com pessoas que passaram pela mesma dor é um dos processos que pode auxiliar a superar a perda (Soares & Mautoni, 2013).

Quando o luto decorre normalmente a perda do objeto é superada. Desconhecem-se os meios pelos quais se realiza um luto normal contudo julga-se que o conjunto de lembranças e expectativas da relação com a libido tenha encarado a realidade e aceite que o objeto não existe mais. Supõem-se que o decorrer da rutura seja moroso e gradual que após a sua conclusão a energia perdida com o mesmo se difunda (Freud, 1976).

Capítulo 3 – Morte

3.1 Definição de morte

No decorrer da evolução humana, a visão acerca da morte foi-se alterando e ganhando uma dimensão diversificada na vida dos sujeitos. Para os nossos antepassados, a morte era descrita como uma fase natural da vida e os familiares presenciavam a morte (Santana, Campos, Barbosa, Baldessari, Paula & Resende, 2009). Consoante foram surgindo desenvolvimentos tanto a nível das indústrias como da medicina no século XIX, a perspetiva da morte e a interação com o enfermo alteraram-se de forma drástica. Os mortos e os vivos começaram a ser separados para se evitar contaminações e riscos, após diversas mudanças a nível sanitário (Combinato & Queiroz, 2006).

Tal como o nascimento, a morte está englobada no decurso da vida do ser humano. Do ponto de vista biológico, acontecerá naturalmente. O homem caracteriza-se pelo sentido e valor que dá às coisas, nomeadamente a nível simbólico, daí o significado da morte ser diferente consoante o momento histórico mas também a cultura humana. Na mente do homem ocidental moderno, a morte é interpretada como uma falha e com vergonha. As tentativas de vencer a morte surgem inesperadamente com o único objetivo de a vencer, porém quando o êxito não ocorre, esta é contestada (Combinato & Queiroz, 2006).

Pode-se falar da morte como um acontecimento e como um fenómeno. Esta tem interpretações e pode ser adequada pela sociedade de forma simbólica. Mas o morrer já não é assim. O morrer é uma vivência particular e até à atualidade incomunicável. Ninguém sabe o que é morrer até que isso aconteça. Contudo, as comunidades têm de certa forma a sua estrutura orientada pela morte e pelo morrer (Lima, 2012). Antigamente morria-se em casa mas hoje muitos são os que morrem numa Unidade de Cuidados Paliativos. Eram avisos ou crenças internas que faziam o ser humano perceber quando estava a chegar a hora da sua morte. Esperava-se a morte na cama com a presença de familiares, amigos, vizinhos e até crianças. Os ritos eram aceites sem dramatização. A morte era considerada como algo próximo e familiar. Atualmente a morte ocorre quase sempre no hospital. É ocultada e obscena. Na Antiguidade a morte repentina era a mais temida, hoje é chamada de boa morte (Pessini, 2009). Deu-se uma mudança de opiniões e perceções. Em vez de a morte acontecer na casa dos doentes passou a acontecer nos hospitais. A família age de acordo com a equipa médica mas também consoante as suas posses financeiras e sociais. Nem todas as famílias têm a hipótese de colocar o doente no serviço privado, visto que, o serviço público deixa muito a desejar e muitas vezes a existência de vagas é praticamente nula (Santana, Campos, Barbosa,

Baldessari, Paula & Resende, 2009). A presença do corpo do falecido é importante para a concretização dos rituais mortuários (Lima, 2012).

De acordo com a bioquímica, a morte é considerada uma ausência de regeneração, sendo difícil esclarecer a sua causa e o seu, decorrer. A morte é definida como a paragem definitiva das funções vitais de um organismo vivo. Na atualidade, é hábito que seja um médico a indicar o momento da morte, considerando-o irreversível e clarificando o seu motivo. Quando somente os processos metabólicos funcionam e os sinais de vida estão suspensos, é indicada a morte clínica. Porém, hoje em dia, os sinais de vida tais como a respiração e o ritmo cardíaco podem ser assegurados por máquinas, podendo assim prolongar-se a vida. A morte na sua totalidade só se dá quando as células dos órgãos vitais como por exemplo o cérebro são extintas e se inicia também a falência dos outros órgãos (Kóvacs, 2002).

3.2 Relação homem – morte

Muitas das gerações passadas tiveram as suas vidas marcadas pelas epidemias, poucas eram as famílias que não tinham perdido um familiar de tenra idade. Contudo, nas últimas décadas a vacinação e o uso de antibióticos contribuíram para o decréscimo do número de casos fatídicos de infeções. Também a educação e a puericultura melhoraram ocasionando assim um menor índice de doença e mortalidade infantil. O número de males que atingiam os jovens e os adultos foram controlados. Desta forma, o número de idosos cresceu, aumentando assim a porção de vítimas de tumores e doenças crónicas, relacionadas com a velhice (Kubler-Ross, 1991).

Segundo Kubler-Ross (1991), as mudanças ocorridas nas últimas décadas podem ser as responsáveis pelo cada vez maior medo da morte, pelo aumento dos problemas emocionais e pela enorme carência de compreender e lidar com tudo o que envolve a morte e o morrer. Ao recuarmos no tempo e analisarmos culturas e povos antigos, fica a sensação de que o homem sempre repeliu a morte, e sempre o fará. Pelo panorama da Psiquiatria, isto é aceitável, explicando-se que no nosso inconsciente quando se tratamos de nós próprios, a morte nunca é exequível. É impensável para o inconsciente calcular um fim verídico para a nossa vida na terra, e quando houver um fim este será imputado à malignidade que não pudemos controlar.

Outro termo a ser entendido é que no nosso inconsciente não podemos diferenciar o desejo e a realidade. Temos a consciência de que nos sonhos ocorrem acontecimentos perfeitamente aceitáveis mas que quando estamos acordados estes são inconcebíveis ou absurdos. À medida do nosso crescimento, vamos percebendo que o nosso poder não é assim tão grande, que os nossos desejos não são fortes o suficiente para concretizar o impossível e desaparece o medo de se ter contribuído para a morte de um ente querido. Por consequência a culpa desaparece e o medo fica subjacente enquanto não for intensamente requisitado (Kubler-Ross, 1991).

Um casal que pode passar muito tempo em discussões e brigas, no momento da morte de um deles, o outro lamenta, chora e revolta-se, sempre com o medo da sua própria morte. Ninguém gosta de admitir que tem sentimentos de raiva por alguém que morreu, esta emoção é na maioria das vezes escondida, prolongado o luto ou manifestando-se por outras formas. Deve-se tentar entender o genuíno significado destes sentimentos e não criticar a culpa ou vergonha que estes podem trazer. Apesar de existirem várias tradições no que respeita à morte, esta ainda é um ressalto para o homem, um acontecimento de pavor. Existem inúmeros motivos para o afastamento de enfrentar a morte pacientemente, sobretudo porque morrer é triste demais, é solitário e desumano, sendo até por vezes difícil especificar tecnicamente a hora exata da morte. Quando a morte se dá em hospitais, onde os familiares estão afastados dos pacientes, transforma-se num ato impessoal e de solidão (Kubler-Ross, 1991).

De acordo com o ponto de vista psicológico, o ser humano tenta defender-se de diversas maneiras contra o medo crescente da morte e contra a impossibilidade de prevê-la ou de preveni-la. Com a crescente administração de sedativos para evitar o sofrimento das pessoas, a ideia de que quem sofresse em vida, seria recompensado depois da morte desapareceu e o sofrimento perdeu a sua razão de existir. Com esta mudança, deixam de existir também os crentes na vida depois da morte. As pessoas são cada vez mais “mantidas vivas” por máquinas que substituem funções vitais, por computadores que registam os seus dados fisiológicos e as controlam e até por centros de processamento que se desligam automaticamente assim que o paciente morre (Kubler-Ross, 1991). Muitas vezes a morte, que faz parte do ciclo vital de todos os seres vivos, tende a ser escondida dentro das paredes de um hospital. Com o evoluir da sociedade este acontecimento tem sido afastado da sua vivência em contexto familiar (Pinto, 1997).

A ciência está sempre a evoluir e cada vez são mais os casos de transplantes de órgãos vitais, aumentando também as dúvidas sobre a vida e a morte, entre os doadores e os recetores (Kubler-Ross, 1991). Criaram-se mitos e rituais que não passam de uma forma de negar a morte ou de generalizar o pós-morte, procurando sempre saber qual é o seu significado. Ao contrário do nascimento que envolve clima de festa e de alegria, a morte mantém-se como o assunto por explicar e a evitar por todos. Como a morte é um facto natural, quando é uma criança que morre é logo assumida uma grande injustiça. De acordo com o ciclo biológico é tirada uma vida a quem não chegou a viver. (Pinto, 1997).

Consoante o tempo e a cultura, o significado da morte foi tendo alterações. Primeiro, o significado era somente da cultura, sendo exterior ao sujeito. Conforme esse significado foi ficando internalizado por parte do indivíduo, passou a ser uma forma subjetiva da relação do indivíduo com ele próprio. Desta forma, o significado exterior ganha um sentido próprio para o sujeito. Por outras palavras, as matérias exteriores da realidade objetiva foram representadas socialmente por outras gerações. Com o relacionamento em sociedade, o sujeito interioriza as matérias exteriores conforme a sua subjetividade. O que tinha um significado externo passará por uma intervenção psíquica e ganha um sentido particular e exclusivo para cada pessoa (Combinato & Queiroz, 2006).

O homem ocidental tem a finitude da vida como uma das suas principais preocupações apesar de saber que esta pertence à vida. É por isso que o aceitar da morte de outra pessoa é muitas vezes complicado. Perante as reações à quebra do vínculo quando alguém morre, conseguimos perceber qual a intensidade do vínculo que o adolescente tinha com essa pessoa (Domingos & Maluf, 2003). Muitas vezes esse desligamento causa desorientação. Surgem ideias de que nada mais faz sentido e é como se o mundo deixasse de existir após a partida do ente querido. Com esta realidade surgem frustrações pois o adolescente ficará privado de recompensas que recebia de quem morreu. O falecido poderia desempenhar diversos papéis em relação ao adolescente daí o choque de uma perda secundária principalmente quando esta é de origem psicossocial. Um adolescente reage imediatamente nomeadamente com apatia ou choque. Este panorama é típico para uma pessoa que acabou de receber a notícia da perda e pode durar algumas horas ou semanas. Quando a perda ocorre de repente, a reação à mesma pode ser desestruturante (Domingos & Maluf, 2003). Face às mudanças ocorridas numa perda inicial, as perdas secundárias ganham relevo impondo novas e difíceis adaptações. Por exemplo, quando o adolescente tem que mudar de habitação devido à perda pode não se adaptar ao novo ambiente pois perante a primeira perda

agregaram-se outras tais como a falta do conforto do sítio habitual, da escola, da interação com os amigos do costume e de pessoas chegadas. Desta forma o jovem passa a estar desconfortável, vendo também o seu suporte social diminuído (Domingos & Maluf, 2003).

Sempre foi procurada uma explicação para a origem e para o destino do homem, tanto pelas religiões como pela filosofia. Cada homem trás consigo a sua própria representação da morte podendo atribuir à mesma, modelos, características ou formatos. Já no tempo dos homens das cavernas, a morte era registada de maneiras diversas tais como, perda e rutura mas também como rendição ou sossego. (Kóvacs, 2002) Desde o nascimento que a morte engloba o desenvolvimento humano. Com a ausência da mãe, a criança vive esta falta como morte pois sem a mãe não sobrevive. A criança interpreta esta situação com desamparo, falta e privação. À medida que os afetos e as emoções da criança se desenvolvem, esta tentará compreender as mortes que possam ocorrer em seu redor, porém, muitos preferem poupar a criança a este assunto por acreditarem que esta não entende o que se passou. A criança também é confrontada com as perdas, lamenta e também se adapta tal como um adulto. Perante o seu desenvolvimento cognitivo, um adolescente sabe que a morte é irreversível. A adolescência é composta por ambivalências. No caso da morte, face a morte de amigos ou colegas, o adolescente pode interpretar a situação como incompetência da parte dos mesmos ou pode pensar que ele é somente um sobrevivente. (Kóvacs, 2002) Os adultos têm por sua vez, um estado íntimo distinto dos adolescentes que trás responsabilidades e tarefas próprias desta fase. A energia depositada na família faz com que a ideia da morte esteja afastada da consciência do homem. É na velhice que a morte é representada como o fim, é nesta fase que aparecem os estigmas e particularidades negativos (Kóvacs, 2002).

Psicologicamente, o medo é uma das respostas mais habituais face à morte. Todos os seres humanos têm medo de morrer, não olhando a classes sociais, género ou idade. O medo da morte tem o seu vigor e é por isso que é necessária a sua presença. Este é caracterizado como uma intuição de autoconservação, ou seja, uma maneira de a vida ser preservada e de se manter o funcionamento biológico regular. A vida e a morte estão entrelaçadas, o medo da morte protege-nos mas ao mesmo tempo pode ser mortal por nos impedir de viver. Todos os seres humanos são confrontados com este dilema e é por isso que cada um é responsável pela sua vida e pela sua morte (Kóvacs, 2002).

Contrariamente ao que se julga, a passagem do tempo não é importante para a preparação e reconstrução da vida de uma pessoa que perdeu alguém inesperadamente. Os primeiros acontecimentos envolvem o choque e como forma de enfrentar o sucedido surge a

negação ao mesmo tempo que trata da burocracia da morte. Depois disto, o enlutado começa a aperceber-se no significado da perda e no que esta alterou na sua vida. Passa então a sentir falta de quem partiu e ao questionar-se acerca do que ocorreu, habitualmente surgem sinais de stresse ou depressão (Habekoste & Areosa, 2011). As estratégias de enfrentamento são relevantes para que as consequências da perda sejam mínimas. Os sujeitos que continuaram com as suas atividades como habitualmente o faziam e procuraram ajuda para o luto, buscaram uma provável remodelação da vida. Os que procuraram ajuda com pessoas especializadas em terapia ou exteriormente desta ganharam um suporte estável perante as perdas da vida, sendo por morte ou não, e também ganharam melhores maneiras de enfrentamento. É necessário que exista um controlo sobre os temas da vida e da morte. Não se pode travar a morte nem trazer de volta quem partiu, assim que o enlutado aceita isto o seu processo de luto encaminhar-se-á de maneira normal. Pelo contrário, se o enlutado não aceitar a perda e não conseguir adaptar-se à mesma, o luto poderá não ser bem resolvido e o sujeito deve procurar ajuda junto de um psicólogo. O psicólogo ajudará o sujeito a lidar com as perdas e também vai capacitá-lo para novas situações que possam ocorrer (Habekoste & Areosa, 2011).

A espiritualidade e a religiosidade eram mostradas antes da morte nos sacramentos e depois da morte nos rituais habituais conduzidos pelo sacerdote. O uso das roupas de cor escura e a pausa nos hábitos da vida em sociedade eram estritamente seguidos no decorrer do luto até que este estivesse totalmente elaborado. Sem discriminações, a morte será o fim de todas as pessoas, porém, o tempo de viver e a forma de morrer variam consoante a categoria socioeconómica do sujeito em causa (Combinato & Queiroz, 2006).

A vivência da morte e o modo de lidar com a mesma varia de acordo com a etapa do desenvolvimento humano. Cada etapa apresenta as suas particularidades no que toca à percepção da morte. Na adultez, a morte é vista como um acontecimento geral face ao qual ninguém tem hipótese de fugir (Barbosa, Melchiori & Neme, 2011).

A morte é aceite como fazendo parte da vida mas é custoso morrer e eternamente será porque esta é tida como uma desistência da vida. Quando se pensa em morte, pensa-se também no quanto o ser humano é vulnerável e que apesar de todos os avanços tecnológicos, nenhum nos salvará da morte. Sem distinção, a morte é democrática. Todos morrem, sejam ricos ou pobres, conhecidos ou desconhecidos. São as suas características inesperadas e fatais que assustam as pessoas (Horta, 2009). Outrora, esperava-se a morte no leito com toda a família e crianças presentes, porém, nos tempos modernos já não se morre como antigamente.

Quando as crianças são afastadas da vivência da morte e do morrer, está a criar-se nelas um medo irracional pois poderão ficar incapazes de futuramente aceitar a sua própria morte (Horta, 2009).

Atualmente morrer é algo que ocorre no hospital. Quem vai morrer está habitualmente inconsciente e internado numa Unidade de Cuidados Intensivos. O próprio hospital enquanto unidade também passou por mudanças drásticas. Primordialmente era para os pobres que estavam prestes a morrer, sendo uma instituição de caridade cristã. Depois dos grandes avanços científicos e tecnológicos da Medicina no século XX, passou a ser uma instituição extremamente aplicada aos modos de tratamento e cura. Com este comprometimento, os pacientes que estavam prestes a falecer seriam uma advertência à sua principal função. O ideal da Medicina seria o de preservar a vida. Existiam esforços ingremes para lutar contra a morte, tentando preservar a vida. Contudo a morte faz parte do processo natural da vida e mais tarde ou mais cedo, acabará por acontecer (Horta, 2009). Ao mesmo tempo que foram surgindo os avanços técnicos e científicos, a Medicina passou a ser mais distante, imparcial e indiferente. Tal e qual como os hospitais mais modernos, os médicos ficaram somente preparados para lidar com os aspetos biológicos da vida e despreparados para lidar com os pacientes. Os médicos não estão preparados para confortar o paciente que se encontra prestes a morrer, para ouvi-lo e aceitá-lo como ser humano semelhante a ele. Aliás, em mais nenhum momento os seres humanos são tão iguais entre si como na hora da morte (Horta, 2009).

De facto os avanços tecnológicos no que diz respeito à saúde trouxeram contributos importantes para salvar inúmeras vidas mas também surgiram os problemas éticos, entre eles relativamente à noção de morte. A morte era definida tradicionalmente como o momento em que o coração parou de bater mas esta definição tornou-se antiquada. Nos dias atuais, é olhada como um fenómeno gradual e não como um simples instante. Ao faltar o oxigénio morrem primeiro os tecidos dependentes deste, sendo o tecido nervoso o mais sensível. Quando o oxigénio falta por 3 minutos dá-se a falência encefálica levando à morte encefálica ou a um estado de coma (Horta, 2009). Muitas vezes é posta em causa a forma como os profissionais de saúde lidam com os pacientes terminais. Antes de julgar essa dificuldade deve ser compreendida a sua essência, pois esse processo ultrapassa a prática e a história particular do profissional de saúde. Não é algo natural a maneira como o profissional de saúde lida com o paciente terminal como também o significado dado à morte. Surge a tendência de classificar

esta interação como automática e mecânica devido à forma como acontece, por isso se pensa ser natural (Combinato & Queiroz, 2006).

As vivências da morte devem ser elaboradas para que possibilitem a formação de processos de novos significados da vida e por consequência a rearticulação de projetos. Por vezes, é preciso questionar os modos de vida modernos que impõem ritmos onde surgem a urgência de resultados eficazes e calculáveis que restringem expectativas e atitudes (Peruzzo, Jung, Soares & Searparo, 2007). A morte faz parte do desenvolvimento humano e é um acontecimento natural. Porém, não é agradável para muita gente ter que falar sobre este tema. Como acontecimento sempre causou muitas questões, apesar do seu medo (Pascoal, 2012). Na realidade aumenta cada vez mais o número de famílias que já experienciou perdas violentas e destruidoras. Morrem os cônjuges, os filhos sejam crianças ou adultos, muitas vezes de maneira inédita o que leva a que as pessoas que passam por estas situações venha a ter sérios problemas psicológicos (Pascoal, 2012).

Quando não existe cura para uma determinada enfermidade, a família do doente pode reagir a essa situação de diversas maneiras, ou seja, pode ficar em negação ou preferir não dialogar sobre o assunto. Na maioria das vezes, a família prefere que sejam tentados todos os tratamentos possíveis procurando a cura, trazendo com isso mais sofrimento para o paciente (Ferreira, Souza & Stuchi, 2008). O paciente, a sua família e os médicos estão envolvidos nas decisões que procuram a melhora de sintomas, investimento nos cuidados de saúde e nos significados acerca da vida e da morte. As decisões são maioritariamente difíceis de serem tomadas por acarretarem quase sempre sofrimento e dor. Vários estudos mostram que a família prefere que o doente esteja no seu domicílio mediante um programa de cuidados paliativos. Este programa surge para satisfazer o paciente no sentido deste estar na sua própria casa mas também cuidará da sua dependência funcional e possíveis emergências que apareçam nos últimos dias de vida. Esta opção pode trazer efeitos físicos e psicológicos para a família e para quem cuida do paciente. Surgem ainda inquietações, inseguranças e isolamento (Ferreira, Souza & Stuchi, 2008). O cuidador pode estar perante vários fatores de risco tais como o cansaço e o stresse visto que o doente passa a ser o centro das atenções. Estes fatores de risco surgem perante a falta de apoio emocional do cuidador diante da morte. Sendo assim, apesar das famílias reconhecerem que o melhor para o doente é ele ficar em casa junto à sua família, as instituições continuam a ser o lugar predileto pelos pacientes e respetivas famílias para os últimos dias de vida (Ferreira, Souza & Stuchi, 2008).

Essencialmente, os Cuidados Paliativos existem para promover a autonomia do doente mas sobretudo para aliviar o seu sofrimento e da sua família. Estes cuidados podem ser realizados em diversos locais, sendo o predileto da maioria dos doentes em Portugal, a sua residência própria (Gomes, Sarmento, Ferreira & Higginson, 2013). A morte e o luto são temas vinculados ao viver. Os profissionais de saúde ou uma pessoa que tem uma doença crónica curável ou não lidam diariamente com a possibilidade de a morte, sendo esta um evento significativo que precisa de ser falada e contextualizada de forma cuidadosa (Souza, Moura & Corrêa, 2009).

Em Portugal a esperança média de vida ronda os 65 anos, atingindo níveis superiores face aos dos últimos 30 anos. Estes níveis são altos devido a várias iniciativas que ocorreram com sucesso no nosso país. A mortalidade precoce é descrita como a que se dá antes dos 70 anos, por exemplo, no ano de 2009, era provável que um em cada quatro portugueses morresse antes dos 70 anos. Para reduzir a taxa de mortalidade precoce é necessário analisar as causas da morte em Portugal e os seus fatores de risco, respetivamente (George, 2012). As causas mais comuns para ambos sexos são os acidentes de trânsito com transportes motorizados, tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmões, doenças cerebrovasculares e lesões auto provocadas com intenção. O cancro do pulmão é uma das causas mais notórias de mortalidade prematura, tendendo a sua taxa a crescer, porém as competências de diagnóstico são cada vez mais eficazes (George, 2012).

Em idade pediátrica os Cuidados Paliativos não têm acompanhado a evolução dos mesmos cuidados mas com adultos. Em Portugal, a taxa de mortalidade infantil é baixa ocorrendo o maior número de mortes nos primeiros dias de vida. Estas mortes são associadas a causas graves ou a curto prazo que podem levar à morte do recém-nascido. Quando uma criança necessita de Cuidados Paliativos a família ficará sobrecarregada a nível familiar, económico e social. As expectativas dos pais são quebradas fazendo com que se sintam impotentes face à doença e a proximidade da morte. Como a criança não tem idade para tomar decisões são os seus pais que decidem por ela (Silva, 2013).

3.3 Mortes por acidente

Quando ouvimos falar num acidente é comum escutarmos que o sujeito estava no sítio errado à hora errada ou então que era o seu destino. Crenças deste género procuram atribuir a causa do acontecimento a algo que o ser humano não pode controlar (Borsoi, 2005).

De acordo com a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR] (2014) é considerado um acidente quando há uma ocorrência na via pública ou que tenha tido origem nesta, onde está envolvido pelo menos um veículo em movimento. Para ser considerado um acidente tem ainda que ser do conhecimento das entidades fiscalizadoras (GNR e PSP) e de onde tenham resultado vítimas e/ou danos materiais. Mediante a mesma fonte é possível confirmar que até Maio deste ano, em Portugal ocorreram 162 acidentes com mortos e 831 acidentes com mortos e/ou feridos graves.

Os acidentes também podem ocorrer em contexto profissional sendo habitualmente chamados de acidentes de trabalho. Um acidente de trabalho é determinado por vários fatores que constam nos ambientes de trabalho. Nestes ambientes de trabalho estão inseridas características particulares tais como as formas de organização e gestão do trabalho, as opções tomadas perante a proteção da saúde, entre outras. Só se designa um acidente de trabalho quando o trabalhador estava ao serviço da empresa ou no percurso de ida ou regresso do trabalho quando se deu o acidente (Jacobina, Nobre & Conceição, 2002).

Apesar de um dia a morte nos atingir a todos, é evidente que evitamos pensar acerca dela. Quando ocorre uma morte desta maneira os familiares e amigos de quem partiu sentem sofrimento, espanto e desesperança. Perante esta surpresa de amargura, procuram respostas e conforto no destino ou em forças divinas. No entanto é sempre necessário esclarecer-se a causa da morte. A morte que advém de um acidente surge sorrateiramente (Borsoi, 2005).

A perda de um filho provoca um profundo sofrimento e desequilíbrio familiar podendo trazer também reações ao luto difíceis. Quando um filho morre, os pais perdem os seus sonhos e as suas esperanças. É como se parte do futuro estivesse perdida (INCA, 2013).

3.4 Mortes por doença terminal

Os cuidados médicos deveriam ser direcionados à volta da morte assim que a doença é descoberta. O mesmo deveria acontecer em casos de decadência das capacidades físicas e mentais, resultando da idade ou doença (Pessini, 2009).

Quando é necessário lidar com doentes em fase terminal, é relevante compreender-se a distinção entre dor e sofrimento. Podem surgir negligências quando não se percebe esta distinção. Muitas vezes os tratamentos são centrados somente nos sintomas físicos como se o paciente não tivesse mais nenhuma origem de aflição. Tudo isso porque assim continuam os tratamentos médicos em vão de forma agressiva, julgando que se o tratamento protege os

pacientes da dor física, também os aliviará em outros aspetos. A compreensão da diferença entre dor e sofrimento obriga a que se compreenda que a disponibilidade de se tratar a dor não justifica o prolongamento de tratamentos médicos inúteis. A continuidade de tratamentos pode simplesmente estar a causar mais sofrimento para o doente terminal (Pessini, 2009). É necessário compreender filosoficamente o cuidado que é preciso dar a um doente terminal quando este se encontra na fase final de vida.

Nos Cuidados Paliativos o facto de se estar a morrer é tido como habitual. O controlo da dor e dos sintomas são enfatizados com o objetivo de proporcionar uma boa qualidade de vida, em vez de se tentar prolongar a vida. É pretendido que o doente e a sua família vivam cada dia de forma serena e confortável o máximo possível, lidando com o stresse causado pela enfermidade, pela morte e dor da perda. É usada uma abordagem multidisciplinar que tem como foco as necessidades corpóreas, emocionais, espirituais e sociais dos doentes e das suas famílias. A equipa de saúde é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais que trabalham em conjunto proporcionando cuidados ao paciente e à sua família. Após a morte do ente querido, a família pode continuar a receber cuidados. A família continua a ser seguida e acompanhada pela equipa de saúde (Pessini, 2009). É óbvio que cuidar de uma pessoa que está a morrer num contexto clínico traz comprometimentos, a pessoa tem que ser cuidada dignamente e a sua integridade tem que ser respeitada. É preciso garantir que o doente está sem dores o máximo de tempo possível para que possa falecer com dignidade e confortável, que os cuidados são continuados não abandonando o paciente e não degradado a sua identidade pessoal, que o paciente possa decidir relativamente aos cuidados médicos que necessita sendo-lhe dada a hipótese de recusar alguma intervenção tecnológica que estenda a vida, que o paciente é escutado como uma pessoa que tem medos, dúvidas, sentimentos e valores e que o paciente morra onde quer morrer (Pessini, 2009). Alguém deve acompanhar o paciente terminal junto à cama onde este luta contra o sofrimento tentando encontrar um alívio que o liberte. Os médicos e enfermeiros devem pensar acerca do sofrimento que de maneira inútil é muitas vezes prolongado por tratamentos que só servem para cumprir o dogma médico de fazer tudo o que é possível para resguardar a vida (Pessini, 2009).

Os pacientes terminais aguardam que a relação com os profissionais de saúde tenha como bases a bondade, a modéstia, o respeito e a empatia (Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], 2009). Quando os pacientes não aceitam a medicação ou os tratamentos propostos angustiam os familiares e a equipa de saúde mas essas atitudes podem ser somente uma revolta por se aproximar o fim da vida. O facto de não terem cura e de viverem menos

tempo do que tinham determinado também leva a que os doentes neguem os tratamentos (ANCP, 2009). Muitos pacientes preferem ficar sozinhos, a pensar sobre si mesmo, recolhidos e tristes, evitando participarem em atividades com a família. Isto podem não ser essencialmente sinais de depressão mas sim o desligamento progressivo da vida e o aceite da situação que estão a viver (ANCP, 2009).

A morte em casa é inviabilizada devido às possibilidades de surgir agonia respiratória, dispneia, sangramento e dor incontrolável. Tudo isto pode causar imenso sofrimento para o paciente e para a sua família. O paciente por estar em casa pode ter mais sofrimento do que esperava podendo este ser menor se se encontrasse num hospital. Ao mesmo tempo a família sentir-se-á culpada por poder ser a responsável pela agonia e sofrimento (ANCP, 2009).

O significado da morte para o paciente e para a sua família tem que ser compreendido pelos profissionais de saúde. Quando a equipa faz a avaliação acerca do local onde ocorrerá o óbito deve ter em conta as questões religiosas e as crenças dos envolvidos (ANCP, 2009). Por vezes a família não consegue perceber o porquê da morte daquele sujeito ser um acontecimento natural, apesar do trabalho concretizado pela equipa. Nestes casos em que a morte será um acontecimento extremamente traumático para a família, não se deve aconselhar a que o óbito ocorra no domicílio mesmo que o paciente assim o deseje. O óbito no domicílio pode revelar-se uma experiência traumática e pode levar a um processo de luto complicado para os que ficam. A autonomia do paciente tem que ser respeitada mas quando esta é partilhada e relativa quando se vive em família e sobretudo em casos de dependência de outrem (ANCP, 2009). Quando há crianças envolvidas por exemplo quando é um dos pais que está em Cuidados Paliativos, deve existir um cuidado especial por parte da equipa. O paciente tem o direito de decidir se quer ou não a participação dos seus filhos no seu fim de vida. Quando os filhos são pequenos muitos pais escolhem que estes não estejam por perto quando ocorrer o óbito, não para negarem a morte mas para não serem forçados a presenciar a esse desenlace. O paciente e a família é que decidem essa participação, a equipa não deve intrometer-se nesse assunto justificando que é preciso naturalizar a morte. Estes é que decidem o que querem para si e para os seus filhos e devem ter o direito de poder escolher a imagem que os filhos tenham de si mesmos até ao final da vida (ANCP, 2009).

Variadas questões estão envolvidas nos últimos instantes de vida. Quando a morte se aproxima, as incertezas surgem com frequência. Pequenos detalhes são questionados seja pelo desejo de controlo, por questões espirituais ou por questões desconhecidas da nossa

consciência. Quando a situação está controlada, reduz a possibilidade de alteração, o receio e a aflição. São tidas em conta questões pessoais antigas que surgem quando o fim se aproxima. A tristeza, a melancolia e a saudade costumam surgir nas últimas horas de vida. Surgem também desejos de agradável hora e boa partida. Tal como o nascimento, quando se morre o momento é caracterizado por ser singular e isolado. Tanto os cuidadores como a família descrevem o instante da morte como de extenso sofrimento, até quando os sintomas estão controlados. Surge uma evolução gradual de sinais e sintomas nas últimas horas de vida do doente terminal. Porém, devemos estar sempre preparados para o surgimento de novas causas de sofrimento, seja para o doente ou para a sua família (ANCP, 2009).

Quando chegam as últimas horas, é notória que o doente fique mais “ausente” da vida. Deixa de comunicar, se de mexer e de se alimentar. A sua expressão facial que maioritariamente transmite sofrimento e dor, fica dificilmente interpretável. São nestas alturas que a família percebe a seriedade e a irreversibilidade do panorama. Quando os cuidados dados ao paciente e a aceitação dos tratamentos tornam o momento sereno, a partida pode ser transformada pela espiritualidade da família. Assim, o paciente morre com tranquilidade (ANCP, 2009). Nos últimos dois dias, o metabolismo do sujeito está diminuído, gerando uma anorexia fisiológica. Fica difícil a aceitação de líquidos, por isso o doente não deve ingerir alimentos. O forçamento da alimentação com o uso de sondas pode considerar-se um processo doloroso, causando desconforto físico e podendo gerar novos sintomas tais como náuseas, vómitos ou desconforto abdominal. O doente consegue tolerar bem a falta de líquidos nas últimas horas (ANCP, 2009). A maioria dos doentes terminais tornam-se imóveis, deixa de se conseguir movimentar. No entanto, o doente deve ser movimentado com cuidado para evitar incómodos. Perto do fim, o paciente passa quase todo o tempo a dormir, no entanto, em breves momentos é despertável. Limitadamente pode comunicar-se com ele. Este abre os olhos com dificuldade e seguidamente volta a dormir (ANCP, 2009). A cognição vai-se alterando e esse é um dos sintomas constantes nestes doentes, a sua intensidade é incerta. A memória e o raciocínio também vão ficando deteriorados. Começam a demorar a dar respostas e em algumas vezes estas são inconvenientes ou ausentes. Os doentes podem vir a ter alucinações, visões ou experiências sensoriais diversas. Começa a falar com pessoas que os familiares não veem e falam também com pessoas que já faleceram há muito tempo. Estes testemunhos podem ser estimados religiosamente pelos familiares. O olhar do paciente fica fixo e marcado. Pode surgir ainda agitação motora ou um panorama de relaxamento gradual do nível de consciência proporcionando um semicoma ou coma que precedem a morte. 80%

dos doentes com cancro avançado têm com frequência o delírio terminal na última semana. Isto significa a existência de deterioração funcional significativa e aproximação da morte (ANCP, 2009). Alguns dos sintomas que estavam controlados até ao momento, podem agravar-se nos últimos dias, não sendo controlados pela terapêutica costume. A dor e a dispneia devem ser tratadas até ao fim da vida mesmo quando o sujeito entra em coma e passam a ser desconhecidos os seus sintomas. Praticamente todos os doentes em cuidados paliativos têm dor, esta dificilmente surge próxima do fim se não já existisse antes (ANCP, 2009). Quando o organismo começa a entrar em falência surge um colapso periférico, ou seja, palidez cutânea e pele fria. O ritmo respiratório também tem alterações ficando mais irregular e com fases prolongadas de apneia (ANCP, 2009). A maioria dos doentes também começa a roncar, a respiração ruidosa é um acontecimento comum nestas situações. Acontece porque o doente perde a capacidade de engolir a saliva e este é um dos sintomas que mais traz aflição aos familiares e acompanhantes porque acarreta uma sensação de sofrimento (ANCP, 2009). Perto do momento da morte, a respiração do doente pode ser extensa e gemida ou ligeira e pausada. A respiração habitualmente é cessada antes dos batimentos cardíacos. Depois da morte, sucede o relaxamento da expressão facial. O apoio e um acolhimento firme e verdadeiro são fundamentais nesta ocasião (ANCP, 2009).

Os últimos instantes são repletos de angústia (ANCP, 2009). O doente deve sentir-se confortável naquele ambiente, tendo o apoio constante de algum familiar que seja apto para tratar de pormenores do conforto mas que permita uma partida tranquila e digna. O quarto onde o doente está deve ser individual, ventilado e agradável, salvaguardando alguns costumes do doente e dos seus familiares. Devem ser evitadas luzes intensas e conversas inconvenientes (ANCP, 2009). O local da morte, seja em casa ou no hospital, deve ser decidido de forma conjunta entre a família e a equipa de saúde. Detalhes tais como as circunstâncias e meios de auxílio e a organização domiciliar, familiar e do cuidador, devem ser tidos em conta. A ajuda de um assistente religioso pode ser relevante para confortar a família, respeitando as crenças religiosas e a história de vida do paciente (ANCP, 2009).

Ao mesmo tempo que se aguarda com angústia e incerteza pela morte de um ente querido com uma doença incurável e em fase terminal, existem outras questões que podem ser preocupantes. A família deve ser orientada e encaminhada para que esteja devidamente organizada perante a árdua situação que é esperada. Os recursos financeiros devem ser analisados para que se perceba se podem suprir as necessidades do doente mas também garantir o futuro dos seus familiares (ANCP, 2009).

É junto da religião que muitos sujeitos encontram o significado para tanto sofrimento e incertezas da vida. As diversas religiões procuram maioritariamente amenizar a angústia do nosso sofrimento e do nosso fim (ANCP, 2009).

Ao longo da nossa vida somos confrontados com várias perdas. A perda é definida como uma carência de algo que temos. Passamos por perdas insignificantes mas existem outras que nos trazem vivências angustiantes e mobilizam sentimentos amargurados. A perda não tem que ser obrigatoriamente uma morte, pode ser uma perda psicológica, física, material ou outra (ANCP, 2009). A partir do momento em que nascemos, vamos tendo perdas e mortes simbólicas que nos indicam a ideia de finitude. Porém, o ser humano nunca aceita perder. Não gosta de perder a hora, o controlo da sua rotina, muito menos perder uma competição. O ser humano é vulnerável e tem conhecimento de que pode adoecer e ficar frágil mas vive com a ilusão de que isso não lhe irá acontecer. Quando um familiar ou um amigo adoece somos obrigados a perceber o que era temido, ou seja, a doença e a vulnerabilidade (ANCP, 2009). Perde-se a saúde e a ideia de imortalidade quando surge uma doença que ameaça a vida e com isso aparecem mudanças nos papéis previamente obtidos tanto a nível social, profissional, económico ou afetivo (ANCP, 2009). Quando o diagnóstico da doença é indicado ao paciente e à sua família, têm que ser encaradas ruturas e limites mas também o próprio evoluir da doença. Todas as rotinas precedentes são mudadas e os exames, a medicação e os procedimentos médicos adquirem lugar na vida do paciente e da sua família. No decorrer dos internamentos e dos tratamentos quem assume os cuidados do paciente precisa de compatibilizar os seus papéis anteriores e o novo papel de cuidador. O cuidador vai experienciar emoções que geram sofrimento perante as suas próprias perdas mas também face às perdas de quem está doente (ANCP, 2009). As famílias dos séculos XX e XI têm menor suporte social pois são menos numerosas, as suas habitações são menores e as mulheres e os jovens passaram a trabalhar fora de casa (ANCP, 2009). Consequentemente torna-se comum que seja apenas um dos membros da família a assumir os cuidados do doente, carregando assim uma intensa carga física e psicológica. O surgimento de emoções ambíguas torna-se habitual para estas famílias pois para além da compaixão e pesar pode sentir também necessidade de voltar à sua vida anterior. À medida que o paciente vai piorando estas emoções vão-se tornando mais claras. Consoante o aumento das hipóteses de grande sofrimento para o doente, pode ser gerado junto dos familiares um desejo de que o sofrimento termine rapidamente ou em contraste a isso, apareçam ideias de cura evidente mesmo que isso seja partitamente impossível (ANCP, 2009). Quando a doença faz com que o paciente fique

debilitado a nível físico e emocional, é necessário que a família tome a responsabilidade de decidir pelo paciente e de tentar manter a sua autonomia visto que partilharam a vida com ele até à atualidade. Esta é uma das tarefas mais difíceis para a família perante a enfermidade de um dos seus entes queridos (ANCP, 2009). Só o facto de ter que decidir no lugar do outro já faz com que a sua falta seja sentida, reforçando ao familiar essa representação. O familiar pode sentir-se estranho nesta situação mas também sentir estranheza face ao seu familiar doente. Quando se cuida tentando proporcionar o máximo conforto e qualidade de vida, é reduzido e particular o contacto com o paciente, consoante o que permite a situação. Surgem novos significados para os vínculos e maioritariamente estas vivências são mais intensas perante outras vividas ao longo da vida. Todavia, as mudanças físicas, o decurso da doença e a hipótese da morte acarretam um choque para o familiar que está particularmente ligado ao paciente. Este tem que iniciar a aceitação de que o paciente em algum momento morrerá (ANCP, 2009). Perante uma perda a comunicação é extremamente importante. Apesar de cada família ter a sua cultura, as suas crenças e valores e a sua forma de exprimir sentimentos, uma comunicação clara auxilia a adaptação. A comunicação deve ter em conta a realidade lenta e progressivamente aceitável. Esta é suportável mediante o passar de um determinado tempo, este tempo varia consoante a empatia e conhecimento dos familiares.

Desde o diagnóstico até à fase terminal da doença que a comunicação deve ser clara. É habitual que o paciente perceba quando a morte se está a aproximar. Muitas vezes esta percepção ocorre mesmo quando a morte não é anunciada pelos profissionais de saúde. O paciente pode até verbalizar a sua percepção da morte, trazendo sentimentos de desconforto para os seus familiares mas também para os profissionais de saúde que o acompanham (ANCP, 2009).

Mesmo que a comunicação seja eficaz ao longo de toda a doença e proximidade da morte, esta implica também que os familiares sofram. A comunicação não os exima da dor quando estes ouvem que o fim se aproxima. A família ao ser também acompanhada tem possibilidades de ter apoio para que consiga seguir em frente depois da perda. A equipa que acompanha a família pode esclarecer as reações habituais ao luto. A família deve ser encorajada a seguir em frente por recurso de uma conversa afável e sincera. Devem ser também desmistificados os comportamentos esperados perante o luto para que não surjam sentimentos de culpa e reprovação (ANCP, 2009). Quando morre um filho, muitos pais têm dificuldade em lidar com os outros filhos podendo fazer com que estes se sintam culpados. Assim, os conflitos familiares podem surgir causando mais sofrimento para toda a família. As

intervenções terapêuticas e pedagógicas são precisas no luto (ANCP, 2009). Os idosos são muitas vezes afastados quando ocorre uma perda porque são considerados devido à sua avançada idade, tudo isto é negativo para eles e deixa a noção de ser como um peso para os que estão a seu redor (ANCP, 2009). Após a morte, a equipa de saúde deve auxiliar a família em relação ao funeral e posteriores visitas ao túmulo (ANCP, 2009). Esta equipa pode intervir com um simples telefonema de condolências sugerindo o seu apoio dentro ou fora do hospital. Depois da morte termina um ciclo para a família sendo este muitas vezes carregado de desgaste físico e psíquico permanecendo muito tempo nas suas vidas. A passagem deste ciclo possibilitará o regresso à vida social. Os familiares também costumam receber uma carta de condolências cerca de 15 dias após a morte (ANCP, 2009). As equipas que trabalham em Cuidados Paliativos possibilitam que o encerramento das suas intervenções possa acarretar o apoio aos familiares no decorrer do luto. Este apoio pode ser individual ou em grupo e é dado sempre que há possibilidade e necessidade. O tempo deste serviço muda de acordo com a disponibilidade da equipa em união com o pedido do enlutado. Os pedidos podem ser feitos ainda para serviços especializados quando o acompanhamento a longo prazo não pode ser realizado (ANCP, 2009). O profissional de saúde tem como principal objetivo ativar as competências familiares para que a própria família se consiga reestruturar. Desta forma, a família conseguirá ultrapassar o processo de luto sem necessidade de uma intervenção regular. Os desafios têm que ser reconhecidos e trabalhados adequadamente para facilitarem uma fácil e duradoura adaptação da família e para que esta se fortaleça como unidade funcional. As experiências da morte têm que ser partilhadas para depois a família se reorganizar sistematicamente sem a pessoa que partiu. Assim será possível pensar em novos investimentos e em novos objetivos para a vida (ANCP, 2009). O ser humano não é disposto para a finitude. Fomos inseridos na comemoração do nascimento mas não da morte. Na cultura ocidental, os rituais fúnebres revelam o quanto se sofre com uma morte. Quando o outro morre somos confrontados com a nossa vida mas também com a nossa morte, esse confronto causa aflição e dor. Olhamos com obrigação para a nossa qualidade de vida e para os nossos relacionamentos perante a morte que é a fase final da vida. Nos Cuidados Paliativos os pacientes e familiares têm espaço para interagirem perante o processo que estão a ultrapassar juntamente com a equipa de saúde. Nesta fase, surgem os desafios acarretados à morte e ao luto (ANCP, 2009). Quando surge uma perda significativa, os sentimentos ficam desordenados e o recolhimento pode ser relevante para que estes se voltem a organizar. O sujeito precisa de tempo e espaço para a dor e para conseguir significados para a perda. O

enlutado sentir-se-á ferido e perdido pois a falta da pessoa que partiu revelará que a morte causa uma crise tanto a nível individual como familiar, que precisarão posteriormente de uma reorganização (ANCP, 2009).

3.5 Mortes por doença súbita

Designa-se morte súbita aquela que ocorre rapidamente, desde segundos até horas, impossibilitando o fundamento e observação de sintomatologia clínica de forma a ser feito o diagnóstico com rigor e certeza. A compreensão deste conceito deve ser realizada de duas formas: objetivamente devido à rapidez com que ocorre a morte e subjetivamente perante o facto de ser inesperada (Santos, 1997). Segundo Behr (2009), quando acontece uma morte súbita, é normal o médico legista querer analisar em que contexto esta aconteceu. Muitas vezes são feitos testes para determinar a causa certa e facilmente são detetadas anormalidades tais como doença coronária ou embolia pulmonar. Os exames toxicológicos também são comuns quando acontecem estas mortes. Quando um familiar morre de uma doença súbita é importante que os outros familiares próximos realizem testes à sua condição médica pois a doença súbita pode ser hereditária (Behr, 2009).

A doença súbita mata inesperadamente e de repente, tornando-se uma grande tragédia para a família principalmente quando quem faleceu era supostamente saudável. Os problemas cardíacos podem ser herdados e podem afetar vários elementos de uma família, frequentemente estes problemas não são diagnosticados daí ser um grande choque quando alguém morre subitamente sem evidente justificação. A morte súbita cardíaca é geralmente provocada por um problema cardíaco. Em cada 20 casos de morte súbita cardíaca, 1 deles pode nunca ter definida a sua causa (Behr, 2009). A morte súbita pode ocorrer devido a um enfarto do miocárdio com arritmia ventricular complexa. A morte súbita é bastante temida pelos que sofrem de doença arterial coronariana visto que esta é muitas vezes inevitável. Apesar de uso de vários recursos técnicos e clínicos é sempre um grande desafio para as equipas de saúde quando se trata de uma doença deste tipo (Carvalho, Machado & Mais, 2005).

A morte súbita associada ao desporto e exercício físico é designada como uma morte que ocorre inesperadamente, sendo instantânea ou não. As causas mais comuns são as cardiopatias congénitas em população com menos de 35 anos. A doença arterial coronariana é a mais comum na população com mais de 35 anos (Oliveira & Leitão, 2005).

A síndrome da morte súbita infantil tem vários fatores como causa nomeadamente a vulnerabilidade, o desenvolvimento do controlo homeostático e stresse. Imaturidade no controlo autónomo cardiorrespiratório e dificuldade de responder à agitação durante o sono podem estar associados à sua estrutura. Fatores de risco podem ser tabagismo na gravidez, gravidez prematura (adolescência) e baixo peso ao nascer (Fonseca & Coutinho, 2012).

3.6 Mortes por suicídio

O suicídio é estudado por diversas disciplinas científicas e é considerado um acontecimento complicado. Este conceito só pode ser utilizado em caso de morte ou quando os motivos intencionais do indivíduo levam à morte (Meneghel, Victora, Faria, Carvalho & Falk, 2004). Nos últimos anos o que se produziu cientificamente acerca deste assunto caracterizou-se de maneira pragmática e técnica. Os estudos mais importantes procuraram encontrar fatores de risco, dividindo o suicídio em diversas variáveis tais como, biológicas, psicológicas e sociais. Consta que as pesquisas realizadas não foram suficientes para travar o aumento de suicídios em vários países. Como assunto de ponderação teórica mostra-se como uma área oposta a categorizações construtivas. Uma forma de diminuir este acontecimento será possivelmente o acompanhamento e identificação da população em risco (Meneghel, Victora, Faria, Carvalho & Falk, 2004).

É habitual nas mortes por suicídio a existência de comprometimento da saúde mental mas geralmente estão presentes problemas familiares ou económicos. Perante a crise económica e o desemprego, o homem começa a fracassar no seu desempenho como fornecedor de bens para a família o que pode levar ao surgimento de desentendimentos familiares, abuso de álcool e drogas e posterior separação da família. Tudo isto pode estar associado ao suicídio (Marín-León & Barros, 2003). Existem divergências no que diz respeito ao meio usado para cometer o suicídio, os meios mais comuns são o uso de arma de fogo, envenenamento e enforcamento. No caso do enforcamento são causados danos improrrogáveis mas no envenenamento o sujeito pode sempre ser levado para o hospital (Marín-León & Barros, 2003).

Surgem muitas vezes nas urgências dos serviços de saúde, casos de autoagressão que prenunciam o suicídio. Predizem muitas vezes uma tentativa fatal de suicídio. O primeiro contacto com estes casos é uma boa maneira de os profissionais de saúde identificarem os fatores de risco e intervirem imediatamente de forma a reduzi-los (Vidal & Gontijo, 2013).

A maioria da população não tem conhecimentos acerca do grau de letalidade das drogas, sejam estas medicamentosas ou não. É de extrema importância a existência de um controlo na prescrição e distribuição de medicamentos psicofármacos, como prevenção e principalmente para diminuir as taxas de autoenvenenamentos. Têm sido publicados poucos estudos sobre a intervenção realizada com pessoas que ficaram traumatizadas devido ao suicídio de um ente querido. O suicídio causa maioritariamente reações de choque e sentimentos opostos tais como raiva e medo, levando a uma distorção organizacional. A essência e a força das emoções podem incitar e delimitar as suas manifestações conscientes (Meleiro, 1998).

Vários estudos demonstraram que dois terços dos sujeitos que cometeram suicídio manifestaram as suas intenções antecipadamente com familiares, amigos ou médicos. Desta forma é notória a importância de se ter uma comunidade receptiva em diversos meios para se for preciso, se buscar ajuda preventiva (Meleiro, 1998). É fundamental estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente, independentemente do diagnóstico. Deve-se procurar entender a sua situação e os motivos que o levaram a tentar o suicídio. Deve ser transmitida esperança ao paciente mas sem grandes certezas de que tudo possa acabar bem. Quando existem sequelas, como por exemplo queimaduras, estas podem ser comoventes e conduzem a uma nova tentativa de terminar com a vida. Quer seja em hospital psiquiátrico ou geral, a avaliação do possível suicida deve ser feita desde o primeiro contacto e no decorrer da hospitalização. Quando o paciente tem alta deve ser feito um planeamento para que este seja acompanhado. É fundamental avaliar o seu suporte a nível familiar e social e se há continuidade do episódio stressante que o levou ao ato (Meleiro, 1998).

São várias as situações na vida de um idoso que lhe causam tristeza, melancolia e depressão. O estatuto de reformado traz como consequência o desligamento da sua ocupação social mas também o isolamento. Na velhice podem ocorrer outros eventos relevantes tais como a morte do cônjuge ou dos filhos e amigos, o diagnóstico de uma enfermidade grave, a falta dos modelos sociais e a carência de espaço na própria habitação (Minayo & Cavalcante, 2010). Vários estudos apontaram que entre jovens, adultos e idosos, existem diferenças importantes nos fatores sociais de risco do suicídio. Independentemente da família ou grupo social, o suicídio pode acontecer. Os jovens e adultos que tentam ou cometem suicídio têm muitas vezes como motivos, problemas conjugais, financeiros ou laborais. Por outro lado, os idosos têm motivos diferentes para tentar ou cometer o suicídio. Esses motivos são: morte de um ente querido, doença terminal com dores terríveis, receio da continuação da vida sem

dignidade transmitindo problemas financeiros e emocionais à família, afastamento social, alterações nos papéis sociais que lhe davam reconhecimento ou circunstâncias onde se possa sentir humilhado tais como dependência física ou mental (Minayo & Cavalcante, 2010). A ideação suicida, as tentativas de suicídio e o ato inevitável estão relacionados no que diz respeito à população idosa. É por isso que à mínima intenção de suicídio, os sujeitos devem ser tratados procurando as causas e evitando tentativas futuras. Existem possibilidades de evitar o suicídio se houverem ações eficazes junto aos fatores aliados ao suicídio. A depressão deve ser tida como um agente particular desencadeador importante. De acordo com os cuidados médicos, devem ser realizadas ações que auxiliem quem está em sofrimento ou com dependências. Estas ações devem ser feitas junto de toda a sociedade, principalmente para que a comunidade interaja com os idosos para que estes possam ter um fim de vida digno (Minayo & Cavalcante, 2010). São frequentes as tentativas de suicídio vindas da população idosa. São mais graves e muitas vezes resultam em suicídio consumado. As reincidências de comportamentos autodestrutivos também são frequentes nesta faixa etária (Sampaio & Correia, 2013).

Por querermos ser imortais, idealizamos um ser onipotente com capacidades de adiar ou mesmo anular a ameaça de morte. Para um médico a morte passa a ser familiar pois perante a falta de moralidade e princípios e com a facilidade do que tem ao seu alcance, considera o suicídio como uma forma de descartar os seus problemas (Meleiro, 1998). A previsibilidade do risco de suicídio é uma constante. Quando não há controlo surgem os comportamentos impulsivos e muitas vezes surge consequentemente o suicídio (Meleiro, 1998). A maioria dos suicídios dos médicos são causados por ingestão de psicofármacos e de drogas, sendo esta forma aceite culturalmente. O resultado é determinado pela letalidade e disponibilidade dos métodos e da regularidade dos autoenvenenamentos (Meleiro, 1998).

3.7 Mortes por homicídio

Considera-se homicídio quando um sujeito assassina outro. O homicídio pode acontecer numa circunstância relacional ou numa circunstância não relacional, relativamente ao relacionamento antecedente entre o homicida e a vítima. Estas hipóteses são inevitavelmente influenciadas pela forma como se vê o homicídio e pelas suas condicionantes. As condicionantes são diversas consoante cada caso (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2012).

Foram registados em Portugal no ano de 2011, 22 situações de homicídio tentado, 11 casos de homicídio consumado e 4 situações de homicídio por negligência relativamente a crimes rodoviários. No homicídio consumado, 81,8% das vítimas eram do género feminino e 36,4% tinham mais de 24 anos (APAV, 2012). Em Portugal, no ano 2013 relativamente aos crimes contra pessoas, foram registados 1,1% de ocorrências de homicídio tentado e 2,2% de ocorrências de homicídio consumado. Em crimes rodoviários, o homicídio por negligência corresponde a 7,5%. Quanto aos crimes de violência doméstica 0,2% são homicídios tentados (APAV, 2014).

Quando é estudada a relação entre o homicida e as perturbações mentais estas são consideradas graves (Valença & Moraes, 2006). Estes transtornos mentais são na maioria das vezes esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão ou delírio. São vários os estudos realizados com sujeitos diagnosticados com perturbações mentais a fim de se determinarem correlações entre o comportamento agressivo ou homicida e variáveis sociodemográficas e psicopatológicas. A esquizofrenia é o distúrbio mental mais investigado neste cariz. Em duas investigações foram acompanhados sujeitos desde que nasceram até à idade adulta onde foi avaliado o risco de criminalidade em sujeitos que desenvolveram transtornos afetivos. Os estudos que encontraram maioritariamente índices altos de comportamento homicida em sujeitos com perturbações mentais graves contradizem a situação europeia. Na Europa, os índices de criminalidade são relativamente baixos, por isso estes resultados não podem ser estendidos para países com índices alto de criminalidade e abuso de substâncias. Na literatura existem poucos estudos acerca da relação entre homicídio e perturbações mentais no que diz respeito aos países em desenvolvimento. É possível que nestes países os índices de homicídios relacionados com perturbações mentais seja baixo, nos homicídios tidos como propositados (Valença & Moraes, 2006).

É de salientar que o comportamento criminoso é criado em contexto sociocultural, estando os sujeitos com perturbações mentais incluídos neste panorama. Desta forma, confirma-se que tanto a educação como uma harmonia social contribuem para que os comportamentos violentos sejam menores na população em geral mas também nos sujeitos com perturbações mentais. A perturbação mental pode ser uma causa do comportamento violento mas não pode ser considerado por si só como a origem do comportamento criminoso. (Valença & Moraes, 2006).

Os serviços de saúde mental devem dar mais importância à prevenção da não adesão ao tratamento e à perda de contacto. Estes comportamentos ocorrem habitualmente antes do

homicídio quando este é cometido por sujeitos com perturbações mentais. Também é importante que a sociedade e o governo de cada país facilitem o ingresso em tratamentos psiquiátricos e psicossociais (Valença & Moraes, 2006).

3.8 Morte neonatal

Habitualmente ocorrem em contextos hospitalares, as difíceis decisões a nível familiar quando toca com a vida de uma criança, as famílias entram em crise por exemplo quando são questionadas se após a partida do filho/a, podem doar os órgãos da criança. Apesar da maioria saber que o fim é indeclinável, custa a aceitação por este acontecer prematuramente e nos primeiros anos da vida da criança. A morte é muito pior para as famílias cuja pessoa que está em risco de vida é uma criança (Bousso, 2008).

Quando a família é confrontada com a tragédia, seja esta um acidente ou uma doença, vive um pesadelo e com medo da hipótese da morte da criança. Se a família não souber o porquê da tragédia ou o que causou o agravamento do estado clínico da criança, acaba por passar esta experiência no vazio sem perceber realmente o que aconteceu (Bousso, 2008). O núcleo familiar vai tentar procurar respostas e significados para toda a situação e tudo o que é percecionado, escutado e experienciado, fica com a família durante todo o decurso do que sucedeu. Ao dar-se o agravamento do estado clínico, é colocada a hipótese da morte encefálica. Após esta hipótese, a família poderá criar estratégias que reduzam as suas dúvidas e que facilitem a compreensão face à possível morte da criança. O núcleo familiar passará a agir de acordo com a realidade da seriedade do estado de saúde da criança. O suporte social tem uma forte influência nesta nova realidade (Bousso, 2008). Consoante o desenrolar da situação, a família interage com outros familiares, amigos e com profissionais de saúde. Existe uma busca junto das interpretações destas pessoas para confirmar a sua própria interpretação. O diálogo auxilia na comprovação de emoções, perceções e valores. A família vai retendo informação sobre a situação e ao associar novos esclarecimentos vai-se dando conta da complicação e seriedade da situação. Ao terem confiança e credibilidade na equipa de profissionais de saúde, a família tem mais certezas acerca do caso. Separadamente da causa da tragédia que causou a possível morte encefálica, a família está cansada do sofrimento envolto no risco de vida da criança (Bousso, 2008). Considera-se um desafio, a compreensão por parte da família de todas as informações e atitudes da equipa médica, face a tanta dor e sofrimento. Pode demorar algum tempo até que a família entenda com todos os

pormenores o significado de morte encefálica. Várias vezes, os pais não têm tempo para assimilar tanta informação e definir a realidade da mesma maneira que a equipa médica. Após a morte do filho a família deve iniciar um trajeto de recuperação. Devem falar não só sobre a sua própria realidade a nível familiar mas também na maneira como os outros ampararam ou não na construção desta realidade. A morte de um filho não é somente um sistema biológico mas também um sistema emocional e cognitivo. Significa a mudança de ter uma criança que viverá uma extensa vida para ter uma criança que já faleceu. É necessário tempo para a família se acostumar com a nova realidade (Bousso, 2008).

Os pais sentem e interpretam as reações das pessoas à morte de um bebé como transtornadoras. A negação do sofrimento funciona como uma forma de desmentir a realidade. Este trauma traz uma grande fadiga a nível psicológico. A ausência de reconhecimento social da dor de uma mãe enlutada faz com que esta não consiga encarar devidamente a perda (Iaconelli, 2007).

Capítulo 4 – Estudos sobre a vinculação, o luto e a morte

Basso e Marin (2010) fizeram uma investigação onde participaram cinco sujeitos com idades compreendidas entre os 22 e os 52 anos, sendo que quatro deles eram do género feminino. O objetivo era investigar a relação entre os comportamentos de vinculação do adulto perante a perda repentina de um ente querido. Inicialmente foi realizada uma entrevista com cada participante e por fim foi aplicada a Escala de Vinculação do Adulto. Com a entrevista foi pretendido analisar quatro categorias: reação perante a perda, sentimentos perante a perda, rede de apoio e superação da perda. Na primeira categoria os participantes referiram que a reação principal foi o bloqueio emocional. Na segunda categoria surgiram sentimentos de tristeza, de pesar, de conforto e de consolo. Relativamente à rede de apoio todos referiram terem sido bem apoiados. Na quarta e última categoria, superação da perda, alguns participantes referiram que já tinha superado a perda. Na Escala de Vinculação do Adulto, três dos participantes tiveram valores mais significativos na dimensão Conforto/Confiança e menos significativos na dimensão Ansiedade caracterizaram-se como seguros. Os outros dois participantes revelaram valores significativos na dimensão Conforto/Confiança mas também na dimensão Ansiedade, ou seja, consideraram-se preocupados.

Rebelo (2005) investigou durante um ano, entre Janeiro de 2002 e Janeiro de 2003, vinte e um pais com idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos. Estes pais foram observados em contexto de grupo de apoio para pais em luto. A maioria dos participantes nesta investigação eram mulheres. Os participantes referiram ter encontrado no grupo um grande suporte social. Os pais que se encontravam no segundo ano do processo de luto estavam num misto de negação da perda e desorganização das emoções com episódios de raiva. Surgiram também sentimentos contraditórios no grupo pois alguns pais pensavam que ao desabafarem se compreendiam mutuamente, enquanto outros pensavam que falar sobre o assunto os deixaria com o coração doente. Desta forma foi possível observar a adaptação dos pais ao grupo mas também as suas expectativas perante a perda do filho e as diferentes abordagens em relação ao luto. Alguns pais descreveram processos de luto individuais o que levou à desestruturação emocional da família, outros manifestaram episódios de desapego perante a vida.

Oliveira e Neto (2004) fizeram um estudo para a validação das Escalas Breves Sobre Diversas Perspetivas da Morte com uma amostra total de 387 sujeitos (freiras, seminaristas, estudantes universitários de desporto e professores) com idades compreendidas entre os 18 e os 84 anos. Perante os resultados observou-se que são as freiras e os seminaristas que

acreditam mais na vida do além, sendo os religiosos mais crentes do que os restantes grupos. Na indiferença face à morte foram os estudantes universitários e os professores que se manifestaram de forma mais significativa. Os estudantes também classificaram a morte como algo desconhecido, o que já era esperado face à sua descrença. Na perspetiva da morte como o abandono de quem depende de nós também foram os professores e os estudantes a ter valores mais significativos. Face ao enfrentamento da morte com coragem são as freiras e os seminaristas a ter valores mais significativos. A perspetiva de morte como fracasso surgiu mais significativamente em estudantes e professores face à sua descrença na vida eterna. Esperava-se que as freiras e os seminaristas revelassem maior indiferença perante a morte, o que não aconteceu. Foi possível constatar que as pessoas religiosas têm perspetivas diferentes perante a morte em relação às pessoas leigas.

Delalibera, Coelho e Barbosa (2011) para validarem o PG-13 na população portuguesa realizaram um estudo com 102 sujeitos enlutados cujo óbito ocorreu há pelo menos seis meses. Os sujeitos eram maioritariamente do género feminino e com idades compreendidas entre os 15 e os 84 anos. Nos resultados 20% dos enlutados mostraram manifestações incapacitantes que não desapareceram com o passar do tempo e 25% dos enlutados apresentaram sintomas de Perturbação de Luto Prolongado.

Pascoal (2011) realizou uma investigação com um grupo de 12 mulheres com idades entre os 26 e os 57 anos que tinham perdido o cônjuge, o filho ou o irmão nos últimos 12 meses ou até 2 anos. Nas sessões de grupo a cada dia havia um tema, como por exemplo a culpa. O tema era debatido e trabalhado de forma terapêutica entre a terapeuta e as participantes. Nos casos de suicídio e acidente muitas participantes sentiam-se culpadas pela morte do outro. Ao longo das sessões as participantes referiram que era muito importante ter com quem dividir a angústia e perceber que existiam mais pessoas na mesma situação.

Barbosa, Melchiori e Neme (2011) realizaram um estudo através de entrevistas a 31 sujeitos com idades compreendidas entre os 14 e os 86 anos. Na amostra total a subcategoria que mais se destacou foi a visão da morte como algo natural no desenvolvimento humano. Da amostra total, 32% mostrou acreditar que existe vida para além da morte, como evolução espiritual. Os adultos revelaram preocupações acerca do futuro dos filhos e do cônjuge. Em 27% dos relatos os sujeitos mostraram que existe medo de sofrer no momento da morte, tentando idealizá-la como uma boa morte, ou seja, rápida e tranquila. Notou-se ainda que em qualquer fase da vida (adolescentes, adultos ou idosos), a morte significa uma perda carregada de sofrimento.

Lisbôa e Crepaldi (2003) realizaram uma pesquisa qualitativa com famílias de pacientes com doenças crónicas em estado avançado. No estudo participaram 12 familiares com idades entre os 28 e os 74 anos de ambos os sexos e com graus de parentesco diferentes com o paciente. Foi possível constatar que o facto de estar perto do paciente, acompanhá-lo e cuidar dele até ao momento da morte, é muito importante para que os familiares se possam ir despedindo aos poucos do seu ente querido. O acompanhamento da doença propicia a realização da despedida e ajuda na aceitação da morte. Estes sujeitos revelaram que a despedida é relevante para que pudessem prosseguir normalmente com as suas vidas. À parte da qualidade anterior da relação com o paciente, a maior parte dos familiares mostraram ter ficado com boas lembranças do ente querido, recordando-se dele com carinho.

Carvalho e Meyer (2007) realizaram um estudo que teve como objetivos identificar os principais fatores a serem enfrentados por mulheres imediatamente após a perda gestacional e refletir sobre a conduta profissional da área da Psicologia. Participaram 12 mulheres com idades entre os 20 e os 39 anos que tiveram perda gestacional tardia. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e depois das mesmas foi feita a análise de conteúdo. Entre os fatores assinalados os mais relevantes foram a forma de lidar com a perda e o enfrentamento do luto. Quase todas as mulheres expressaram estes fatores como também o medo da depressão.

Capítulo 5 – Metodologia

5.1 Objetivos e hipóteses

Este estudo tem como objetivo analisar as relações existentes entre as dimensões implicadas e a forma como alguns fatores tais como o género, influenciam estes resultados.

Este trabalho surgiu devido à necessidade de entender a relação entre a qualidade da vinculação e o luto mediante as perspetivas acerca da morte.

A amostra é constituída por 17.9% de participantes do género masculino e 82.1% de participantes do género feminino, sendo a sua média de idades igual a 34.70 anos.

Com base nos estudos e na respetiva literatura referidos ao longo deste trabalho foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Espera-se que existam diferenças significativas entre os géneros na dimensão Conforto com a Proximidade.

De acordo com o estudo realizado por Rebelo (2005) onde participaram maioritariamente mulheres, foi possível constatar que sentimentos contraditórios pois alguns pais pensavam que ao desabafarem se compreendiam mutuamente, enquanto outros pensavam que falar sobre o assunto os deixaria com o coração doente. Desta forma foi possível observar a adaptação dos pais ao grupo mas também as suas expetativas perante a perda do filho e as diferentes abordagens em relação ao luto. Alguns pais descreveram processos de luto individuais o que levou à desestruturação emocional da família, outros manifestaram episódios de desapego perante a vida.

Hipótese 2: Espera-se que existam diferenças significativas entre os géneros nas dimensões Dor Emocional e Dormência Emocional.

No estudo para a validação do PG-13 realizado por Delalibera, Coelho e Barbosa (2011) onde participaram maioritariamente mulheres, concluiu-se que 20% dos enlutados mostraram manifestações incapacitantes que não desapareceram com o passar do tempo e 25% dos enlutados apresentaram sintomas de Perturbação de Luto Prolongado.

Carvalho e Meyer (2007) realizaram um estudo com mulheres que teve como objetivos identificar os principais fatores a serem enfrentados por mulheres imediatamente após a perda gestacional. Concluiu-se que entre os fatores assinalados os mais relevantes foram a forma de lidar com a perda e o enfrentamento do luto. Quase todas as mulheres expressaram estes fatores como também o medo da depressão.

Os pais sentem e interpretam as reações das pessoas à morte de um bebé como transtornadoras. A negação do sofrimento funciona como uma forma de desmentir a realidade. Este trauma traz uma grande fadiga a nível psicológico. A ausência de reconhecimento social da dor de uma mãe enlutada faz com que esta não consiga encarar devidamente a perda (Iaconelli, 2007).

Hipótese 3: Espera-se que os géneros não tenham diferenças significativas na dimensão morte como fim natural.

A vivência da morte e o modo de lidar com a mesma varia de acordo com a etapa do desenvolvimento humano. Cada etapa apresenta as suas particularidades no que toca à percepção da morte. Na adultez, a morte é vista como um acontecimento geral face ao qual ninguém tem hipótese de fugir (Barbosa, Melchiori & Neme, 2011). A morte é aceite como fazendo parte da vida mas é custoso morrer e eternamente será porque esta é tida como uma desistência da vida. Quando se pensa em morte, pensa-se também no quanto o ser humano é vulnerável e que apesar de todos os avanços tecnológicos, nenhum nos salvará da morte. Sem distinção, a morte é democrática. Todos morrem, sejam ricos ou pobres, conhecidos ou desconhecidos. São as suas características inesperadas e fatais que assustam as pessoas (Horta, 2009).

Lisbôa e Crepaldi (2003) realizaram uma pesquisa qualitativa com famílias de pacientes com doenças crónicas em estado avançado. Foi possível constatar que o facto de estar perto do paciente, acompanhá-lo e cuidar dele até ao momento da morte, é muito importante para que os familiares se possam ir despedindo aos poucos do seu ente querido. O acompanhamento da doença propicia a realização da despedida e ajuda na aceitação da morte. Estes sujeitos revelaram que a despedida é relevante para que pudessem prosseguir normalmente com as suas vidas.

Barbosa, Melchiori e Neme (2011) realizaram um estudo através de entrevistas a 31 sujeitos com idades compreendidas entre os 14 e os 86 anos. Na amostra total a subcategoria que mais se destacou foi a visão da morte como algo natural no desenvolvimento humano. Da amostra total, 32% mostrou acreditar que existe vida para além da morte, como evolução espiritual.

Hipótese 4: Prevê-se que exista uma relação entre a dimensão Dor Emocional e a dimensão Ansiedade.

De acordo com Parkes (1998), não é a depressão profunda que mais caracteriza o luto mas sim episódios de sofrimento e ansiedade. Nestas situações o enlutado sente muita falta da pessoa que morreu. O sofrimento ocorre algumas horas ou dias depois da perda. Podem durar entre cinco a catorze dias. Inicialmente ocorrem com frequência mas à medida que o tempo passa a sua frequência é menor. O simples facto de encontrar uma fotografia pode levar a que a ansiedade e o sofrimento regressem. O sofrimento e a ansiedade trazem também uma apreensão com ideias que podem causar ainda mais dor.

Hipótese 5: Prevê-se que exista uma relação entre a dimensão Conforto/Confiança e as dimensões Dor Emocional e Dormência Emocional.

Basso e Marin (2010) fizeram uma investigação onde participaram cinco sujeitos com idades compreendidas entre os 22 e os 52 anos, sendo que quatro deles eram do género feminino. O objetivo era investigar a relação entre os comportamentos de vinculação do adulto perante a perda repentina de um ente querido. Inicialmente foi realizada uma entrevista com cada participante e por fim foi aplicada a Escala de Vinculação do Adulto. Com a entrevista foi pretendido analisar quatro categorias: reação perante a perda, sentimentos perante a perda, rede de apoio e superação da perda. Na primeira categoria os participantes referiram que a reação principal foi o bloqueio emocional. Na segunda categoria surgiram sentimentos de tristeza, de pesar, de conforto e de consolo. Relativamente à rede de apoio todos referiram terem sido bem apoiados. Na quarta e última categoria, superação da perda, alguns participantes referiram que já tinha superado a perda. Na Escala de Vinculação do Adulto, três dos participantes tiveram valores mais significativos na dimensão Conforto/Confiança e menos significativos na dimensão Ansiedade caracterizaram-se como seguros. Os outros dois participantes revelaram valores significativos na dimensão Conforto/Confiança mas também na dimensão Ansiedade, ou seja, consideraram-se preocupados.

O surgimento de emoções positivas é relevante para o processo de recuperação da perda. Logo após a perda é comum que o enlutado se sinta desorientado, porém ao longo do tempo a sua atenção ficará focada noutras origens de revolta e angústia. Algumas vezes os enlutados são confrontados pela perda mas noutras alturas vão preferir não se recordar do que se passou tentando encontrar um foco e buscando alívio junto de outras coisas. O regresso ao trabalho ou as tarefas domésticas diárias são algumas das alternativas possíveis. O balanço é preciso para que ao longo do tempo, o enlutado se consiga adaptar às diversas situações, daí a

importância da relação entre a oscilação e a saúde física e mental do sujeito. Um suporte social adequado facilita a resolução do luto o que mantém também o bem-estar físico e mental. Durante este tempo o sujeito pode optar por se distrair procurando atividades novas ou por outro lado pode tornar-se difícil o enfrentamento de algumas circunstâncias. O enfrentamento da perda, o seu confronto, é uma peça fundamental para a adaptação ao luto. Cognitivamente a perda tem que ser resolvida. Este é o argumento primordial do Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto (Stroebe & Schut, 1999).

5.2 Participantes

A amostra é constituída por 112 sujeitos enlutados com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, sendo 20 sujeitos do género masculino e 92 sujeitos do género feminino. O género masculino corresponde a 17.9% e o género feminino corresponde a 82.1% da amostra. Foram considerados critérios de inclusão para ambos os géneros, o facto de estar em luto há pelo menos 6 meses e a idade entre 18 e 65 anos.

A média de idades da amostra total é de 34.70 anos (DP=11.246). A média de idades do género masculino é de 39.85 anos (DP=11.042). A média de idades do género feminino é de 33.58 anos (DP=11.033).

Quanto ao estado civil, 43 sujeitos são solteiros (38.4%), 37 sujeitos são casados (33%), 19 sujeitos vivem em união de facto (17%), 9 sujeitos são divorciados (8%) e 4 sujeitos são viúvos (3.6%).

No grau de parentesco, 9 sujeitos perderam o cônjuge (8%), 18 sujeitos perderam um filho (16.1%), 19 sujeitos perderam o pai (17%), 10 sujeitos perderam a mãe (8.9%), 6 sujeitos perderam um irmão (5.4%), 36 sujeitos perderam um dos avós (32.1%), 5 sujeitos perderam um neto (4.5%), 6 sujeitos perderam um tio (5.4%) e 3 sujeitos perderam um amigo (2.7%).

O local da perda foi maioritariamente no hospital (54.5%), de seguida em casa (33.9%) e em menos casos, na rua (11.6%). Nas circunstâncias da perda, a doença súbita (37.5%) e a doença terminal (36.6%) são as mais indicadas. Seguem-se o acidente (11.6%), o suicídio (8.9%), o homicídio (3.6%) e a morte neonatal (1.8%).

Nos dois sexos quanto tempo decorrido em meses desde a perda a média é 65.63 (DP=54.190).

Tabela 1 – *Características Sociodemográficas da Amostra*

	Género Masculino		Género Feminino		χ^2
	(N=20)		(N=92)		
	N	%	N	%	
Estado Civil					8.745
Solteiro	7	35	36	39	
Casado	11	55	26	28	
União de facto	0	0	19	21	
Divorciado	2	10	7	8	
Viúvo	0	0	4	4	
Grau de parentesco da pessoa que partiu					11.806
Cônjuge	0	0	9	10	
Filho	6	30	12	13	
Pai	4	20	15	16	
Mãe	4	20	6	7	
Irmão/ã	1	5	5	5	
Avô/ó	5	25	31	34	
Neto/a	0	0	5	5	
Amigo/a	0	0	3	3	
Tio/a	0	0	6	7	

	Género Masculino		Género Feminino		
	(N=20)		(N=92)		χ^2
Local da perda					0.906
Hospital	9	45	52	56	
Casa	8	40	30	33	
Rua	3	15	10	11	
Circunstâncias da perda					5.848
Acidente	5	25	8	9	
Doença terminal	8	40	33	36	
Doença súbita	5	25	37	40	
Suicídio	1	5	9	10	
Homicídio	1	5	3	3	
Neonatal	0	0	2	2	

5.3 Medidas

5.3.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi criado com o objetivo de conseguir dados que permitissem um melhor conhecimento da amostra. É constituído por sete questões (género, idade, estado civil, grau de parentesco da pessoa que partiu, local da perda, circunstâncias da perda e tempo decorrido desde a perda). A questão “grau de parentesco da pessoa que partiu” tem como hipóteses de resposta: cônjuge, filho/a, pai, mãe, irmã/o e outros familiares, pedindo para especificar caso seja outro familiar. A questão “local da perda” tem como hipóteses de resposta: hospital, casa ou outro, pedindo para especificar, caso seja outro. A

pergunta “circunstâncias da perda” tem como hipóteses de resposta: acidente, doença terminal, doença súbita, suicídio, homicídio ou neonatal (gravidez ou primeiros dias de vida). Na pergunta “tempo decorrido desde a perda” a resposta pode ser dada em anos ou em meses.

5.3.2 EBM (*Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas da Morte*)

As Escalas Breves sobre Diversas Perspetivas de Morte são oito e designam-se morte como sofrimento e solidão, além-vida de recompensa, indiferença perante a morte, morte como desconhecido, morte como abandono dos que dependem de nós com a consequente culpa, morte como coragem, morte como fracasso e morte como fim natural. A origem destas oito escalas breves provém da teoria de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1977 citados por Oliveira & Neto, 2004). Estas escalas são de tipo Likert com seis hipóteses de resposta (1= Totalmente em desacordo; 2= Bastante em desacordo; 3= Um pouco em desacordo; 4= Um pouco de acordo; 5= Bastante de acordo; 6= Totalmente de acordo). As dimensões psicométricas das escalas são: ansiedade face à morte (Barros, 1998), neuroticismo (Barros, 1999), solidão (Russell et al., 1998) adaptada para a população portuguesa por Neto (1989, 1992), otimismo (Barros, 1998), satisfação com a vida (Diener et al., 1985) adaptada para a população portuguesa por Neto, Barros e Barros (1990) e felicidade (Barros, 2001) (citados por Oliveira & Neto, 2004). Estas dimensões foram apuradas na amostra global. A constatação da estrutura fatorial das escalas foi feita por uma análise fatorial ortogonal em componentes principais, surgindo 9 fatores com *eigenvalues* maiores que 1. Nota-se assim, a propensão da escala para a unifatoriedade, ou seja, existem diversas perspetivas sobre a morte mas todas têm o mesmo sentido – a morte. No entanto, ao seguir-se a teoria dos autores, a escala é apenas octofatorial. Os fatores são: 1= dor e solidão, 2= vida do Além, 3= indiferença, 4= desconhecido, 5= abandono, 6= coragem, 7= fracasso e 8= fim natural. As subescalas 1, 2, 4 e 6 têm seis itens, as subescalas 3, 5 e 7 têm cinco itens e a subescala 8 tem quatro itens. As saturações de todos os fatores são superiores a 0.60, sendo consideradas por isso, escalas com uma favorável estrutura fatorial (Oliveira & Neto, 2004).

A verificação da consistência interna feita através do coeficiente *Alpha de Cronbach* revelou os valores do primeiro ao oitavo valor, respetivamente: 0.83, 0.94, 0.84, 0.86, 0.83, 0.83, 0.87, 0.78. Mesmo para escalas tão breves, estes valores são altos. Na verificação da validade concorrente e discriminante foi feita a correlação das oito subescalas entre si, com outras escalas que avaliam construtos próximos (ansiedade face à morte, solidão e neuroticismo) ou diferentes (otimismo, satisfação com a vida e felicidade) (Oliveira & Neto,

2004). Surgiram muitas correlações significativas, podendo perceber-se que se trata de posições parecidas face à morte mas não semelhantes. Há uma elevada correlação entre a subescala 2 (crença no Além) e a subescala 6 (coragem na morte). Superior a 0.30 existe a correlação da subescala 1 (sofrimento e solidão na morte) com a subescala 5 (abandono com culpa) e com a subescala 7 (morte como fracasso). Outras correlações significativas são entre a subescala 4 (morte como desconhecido) com a subescala 5 (abandono com culpa) e com a subescala 7 (fracasso). Tendo em conta a correlação de todas as subescalas com outras escalas, cinco das subescalas correlacionam-se de forma positiva ou negativa com a escala de ansiedade face à morte. Outras quatro correlacionam-se com a solidão e mais três com o neuroticismo (Oliveira & Neto, 2004). Relativamente às emoções positivas, surgem mais correlações com o otimismo. A primeira subescala (morte como dor e solidão) correlaciona-se de forma positiva ou negativa, com todas as outras, em particular com a solidão. Daí certificar a sua validade convergente e discriminante. A oitava subescala correlaciona-se positivamente com as três emoções positivas (satisfação com a vida) e de maneira negativa com a solidão. Com isto, pode-se entender que um sujeito que aceite a morte como uma coisa natural vive com mais satisfação e com menos solidão. As restantes subescalas têm poucas correlações, a subescala 3 (indiferença face à morte) e a subescala 5 (morte como abandono dos ente queridos) as que têm menos correlações. Com as boas características psicométricas deste instrumento aferido para a população portuguesa foi possível constatar que as pessoas religiosas têm perspetivas diferentes em relação à morte e conseguem suportá-la melhor (Oliveira & Neto, 2004).

O valor de *Alpha de Cronbach* das EBM com a amostra em estudo é de 0.891.

5.3.3 PG-13 (*Prolonged Grief Disorder* - 13)

O instrumento de avaliação *PG-13 (Prolonged Grief Disorder - 13)* foi desenvolvido por Prigerson et al (2007) baseando-se nos critérios de diagnóstico da Perturbação do Luto Prolongado. A tradução e adaptação do *PG-13 (Prolonged Grief Disorder - 13)* para a população portuguesa foram feitas por Delalibera, Coelho e Barbosa no ano de 2010. Este instrumento é composto por 13 itens expositivos de um conjunto de sintomas, sentimentos, pensamentos e ações como reação à perda de um ente querido. Estes sintomas devem persistir por um intervalo mínimo de 6 meses, estando associados a um considerável distúrbio funcional (Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A., 2011).

A primeira parte do questionário é composta por dois itens com o intuito de avaliar a assiduidade do sentimento de ansiedade de separação. As respostas a estes dois itens encontram-se numa escala do tipo Likert (1= Quase nunca; 2= Pelo menos uma vez; 3= Pelo menos uma vez por semana; 4= Pelo menos uma vez por dia; 5= Várias vezes por dia). A referência à duração do sintoma consta no item 3, sendo a resposta afirmativa ou negativa, ou seja, resposta de tipo dicotómica. Se a duração do sintoma tiver sido por um intervalo igual ou superior a seis meses, a resposta é afirmativa, caso seja inferior a seis meses, a resposta é negativa (Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A., 2011).

Na segunda parte constam nove itens explicativos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais. Nesta parte as respostas também são do tipo Likert. A última questão refere-se à incapacidade funcional socialmente, ocupacionalmente e em outras áreas do funcionamento, com resposta dicotómica (Sim ou Não) (Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A., 2011).

Este instrumento é de administração em entrevista ou autoaplicação. O diagnóstico de Luto Prolongado requer o cumprimento dos seguintes critérios: Critério I: Evento - experiência de perda de um ente querido; Critério II: Ansiedade de separação – a pessoa em luto experiencia todos os dias a nível forte e disruptivo, saudades, dor emocional, tristeza e pesar acerca da ausência da pessoa que perdeu; Critério III: Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais – o enlutado experiencia diariamente ou de forma disruptiva pelo menos cinco destes sintomas: a) confusão quanto ao seu próprio papel na vida, sensação de que não sabe quem é (perceção de que uma parte de si morreu); b) dificuldade em aceitar a perda; c) evitamento de lembranças acerca de realidade da perda; d) dificuldade em confiar nos outros depois da perda; e) sentimentos de amargura e revolta relacionados com a perda; f) dificuldade em viver por exemplo, ter novos interesses ou fazer novas amizades); g) perceção de entorpecimento emocional; h) sentimento de vida insatisfatória, vazia ou sem significado desde a perda; i) sentimento de choque, atordoamento e confusão pela perda; Critério IV: Tempo – não se deve realizar o diagnóstico enquanto não decorrerem 6 meses de luto; Critério V: disfunção social e ocupacional ou em outros domínios importantes de funcionamento. Um critério adicional pressupõe a não relação da perturbação com efeitos fisiológicos, consumo de substâncias ou outras condições médicas e os sintomas não se explicam melhor através da Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Ansiedade ou Perturbação de Stresse Pós-traumático (Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A., 2011).

Em resumo, para a consideração da presença da Perturbação do Luto Prolongado, o enlutado deve ter assinalado intensidade diária ou várias vezes ao dia quanto aos sentimentos referidos nas questões 1 e 2, tendo-os presentes pelo menos 6 meses. Quanto aos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais referidos entre as questões 4 e 12, deve ter sido assinalado com intensidade diária ou várias vezes ao dia em pelo menos cinco das nove questões. Na última questão deve ter sido assinalada a resposta “Sim”, ou seja, significativa disfunção das áreas social e ocupacional (Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A., 2011).

A consistência interna do *PG-13* foi revelada através do teste *Alpha de Cronbach* sendo o seu valor de 0.932, verificando-se assim que é muito boa. Este valor não aumenta com a omissão de nenhum dos itens. No item três está definido o critério temporal, sendo importante referir que este não assume predominância acerca dos restantes itens. Considerando a correlação entre os itens, realizaram-se os testes *Kaiser-Meyer-Olkin*, sendo o valor de 0.906. No teste de *Barlett* tem relacionado 0.000 como nível de significância, verificando-se assim a estrutura fatorial da escala. Com a análise dos elementos principais surgiu a presença de dois fatores, explicando estes 58,43% da variância total. No entanto, com a análise da consistência interna a nível individual para cada uma das dimensões, verificou-se que o instrumento é unifatorial porque os valores de *Alpha de Cronbach* dos dois fatores são menores do que o valor de consistência interna geral. O valor do primeiro fator é de 0.906 e o do segundo é de 0.859. O item dois tem um peso fatorial alto assinalando esta pergunta como a representativa da Perturbação de Luto Prolongado (Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A., 2011).

O valor de *Alpha de Cronbach* do *PG-13* com a amostra em estudo é de 0.898.

5.3.4 EVA (Escala de Vinculação do Adulto)

A Escala de Avaliação da Vinculação do Adulto *Assessment of Adult Attachment (ASS-R)* foi construída por Collins e Read e revista pelos mesmos em 1990. O seu objetivo era ultrapassar as limitações do instrumento de três itens construído por Hazan e Shaver (1987). Na construção da escala os autores retiraram as frases dos parágrafos do instrumento de Hazan e Shaver (1987), ficando com quinze itens, sendo cinco itens para cada padrão de vinculação. Foram adicionados seis novos itens para acrescentar dois aspetos importantes da vinculação que não tinham sido referidos por Hazan e Shaver. Criaram três itens para as crenças acerca da disponibilidade da figura de vinculação e a sua resposta quando necessária e

outros três itens sobre as reações face à separação da figura de vinculação. A versão preliminar da escala continha vinte e um itens, sendo sete para cada padrão de vinculação (citados por Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Os estudos psicométricos da medida foram realizados com uma amostra de 286 mulheres e 184 homens resultando a versão atual de 18 itens. Com a análise fatorial dos 18 itens surgiram três dimensões, cada uma com seis itens. A primeira dimensão foi nomeada *Close* e avalia a maneira como o sujeito se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas. A segunda dimensão foi designada *Depend*, avalia a maneira como os sujeitos se sentem ao poder depender de outros em circunstâncias em que precisem deles. A terceira dimensão, nomeada *Anxiety*, avalia o grau em que o sujeito se sente preocupado com a hipótese de ser abandonado ou rejeitado. As correlações entre as três dimensões mostraram uma boa relação entre as dimensões *Depend* e *Close* ($r=0.41$), verificando que os sujeitos que têm confiança nos outros tendem a sentir-se mais confortáveis com a proximidade emocional. Entre as dimensões *Anxiety* e *Depend* a ligação surgiu fraca ($r=-0.18$), com as dimensões *Anxiety* e *Depend* não surgiu qualquer ligação ($r=-0.08$) (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

A fiabilidade foi apontada pelos autores como razoável de acordo com os *Alphas de Cronbach* das três dimensões (*Depend* =0.75; *Anxiety* =0.72; *Close* =0.69). Segundo os autores Collins & Read (1990) a validade convergente foi testada pela tradução das dimensões em estilos de vinculação, através de processos de análise de funções discriminantes e de análise de *clusters*. Os resultados foram organizados em três grupos sólidos a nível teórico com os três estilos de vinculação referidos por Hazan e Shaver (1987) (citados por Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Em Portugal foi Canavarro no ano de 1997 que realizou os primeiros estudos psicométricos após a aplicação da *Adult Attachment Scale*. Sendo assim, foi designada por *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)*, a versão portuguesa da *Adult Attachment Scale*. Esta designação em português ainda se mantém atualmente. Depois destes estudos, mais autores (Tereno, 2001; Almeida, 2005) analisaram a *EVA* permitindo assim o fortalecimento da primeira amostra e das qualidades psicométricas da versão portuguesa da escala. Com os primeiros estudos realizados por Canavarro (1997), sucedeu a tradução da medida original de Collins e Read (1990, versão revista). A seguir foi feita a retroversão e aplicação da medida a uma pequena amostra, tendo como objetivo a verificação do acesso do vocabulário e a compreensão unívoca dos itens, de acordo com os procedimentos sugeridos por De Figueiredo e Lemkau (1980) para estes casos (citados por Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Depois disso, a escala foi feita por uma amostra composta por 150 mulheres e 42 homens, na sua maioria casados ou em união de facto, e com um nível de instrução de relativa a um curso médio ou frequência universitária. Neste caso, a consistência interna da *EVA* foi interpretada com a análise da média dos itens e com o desvio-padrão variando entre 0.731 e 1.155, mostrando que todos eles estão bem centrados. O *Alpha de Cronbach* relativo a cada item, mostrava valores dentro dos intervalos tidos como adequados, sendo entre 0.759 e 0.688. As correlações entre o item e o valor global, e o item e o valor global, excluindo o item, mostrou que os itens 1 e 14 não tinham valores considerados adequados seguindo os critérios de Streiner e Norman (1989), isto é, superiores a 0.2, o que levou depois à sua reformulação e ajuste. No mesmo estudo mas num subgrupo de 102 sujeitos, a estabilidade temporal da medida foi também avaliada. O teste e o reteste foram aplicados com o tempo de seis semanas de intervalo mínimo (citados por Canavarro, Dias & Lima, 2006). Com isto, foi verificado que as correlações encontradas eram significativas, revelando uma boa estabilidade temporal (entre 0.423 e 0.645). De forma a avaliar a validade da medida e as dimensões fatoriais subjacentes, foi feita a extração de componentes principais, com rotação de tipo *varimax*. Na análise fatorial dos 18 itens foram extraídos seis fatores ortogonais. Foi usado como critério de retenção de componentes, foi utilizado o recomendado por Stevens (1996), baseando-se num método gráfico nomeado *scree-test*. Com a aplicação deste critério, reteve-se três fatores, equiparados aos encontrados, na extração de três fatores na rotação de tipo *varimax*. Estes fatores encontrados, com competências para explicar 46,62% da variância total, condiziam com a Teoria da Vinculação do Adulto. Mas, pela forma como os itens se organizavam, foi optado pelos autores, nomear as dimensões consoante o modelo de Hazan e Shaver (1987), ou seja, dimensões de *Vinculação Ansiosa, Segura e Evitante* (citados por Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Após os estudos iniciais para definir as características psicométricas do instrumento, adicionaram-se as amostras gerais dos estudos de Tereno (2001) e de Almeida (2005). A amostra era composta por 434 sujeitos com idades entre os 18 e os 63 anos. A caracterização psicométrica da escala foi feita em dois momentos diferentes. Numa primeira fase, para reavaliar a estrutura dimensional da escala foi feita uma análise fatorial exploratória de componentes principais (rotação *varimax*), com extração de três fatores. Foram realizadas análises sobre a fiabilidade da escala considerando-a como um todo e com as dimensões encontradas. Esta solução é responsável por 46,9% da variância total. O fator 1 é composto por itens relacionados com a dimensão *Ansiedade*, o fator 2 é composto por itens associados à

dimensão *Conforto com a Proximidade* e o fator 3 composto por itens relacionados com a dimensão *Confiança nos Outros* (citados por Canavarro, Dias & Lima, 2006). Esta análise fatorial replica a estrutura sugerida por Canavarro (1997), porém, aproxima-se mais da análise fatorial da medida de Collins e Read (1990). Apesar da existência de paralelismo entre as dimensões anteriormente designadas de Vinculação Ansiosa, Segura e Evitante e as atuais nomeadas por *Ansiedade*, *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros*, foram verificadas alterações através da contribuição dos itens para cada dimensão. Com a ponderação de vários aspetos de nível conceptual, foi optado pelas nomeações indicadas em segundo lugar, que mostram mais linearmente as definidas por Collins e Read (1990; 1994 citados por Canavarro, Dias & Lima, 2006). Sendo assim, o fator 1 (*Ansiedade*) designa o grau de ansiedade que o sujeito sente relacionada com questões interpessoais de medo de abandono ou de não ser bem querido, o fator 2 (*Conforto com a Proximidade*) é referente ao grau em que o sujeito se sente confortável com a proximidade e a intimidade; e por fim, o fator 3 (*Confiança dos Outros*) designa o grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, como também, na disponibilidade destes quando for precisa (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Quanto à comparação da estrutura da *EVA* com a *AAS-R*, notou-se que todos os itens saturam nas mesmas dimensões, exceto os itens 17 e 14. Em sentido invertido, o item 17, pertence à dimensão *Close* na *AAS-R*. Na *EVA*, sem inversão do sentido, pertence à dimensão *Confiança com os Outros*. Inversamente acontece com o item 14, de acordo com o conteúdo dos itens e a sua ponderação um sentido direto ou inverso, este facto não interfere com o significado das dimensões nas quais se incluem. Uma segunda fase dos estudos psicométricos realizou-se com o intuito de encontrar indicadores de fiabilidade da medida. Com esse objetivo, foram analisadas as correlações entre o item e o valor das subescalas, com a exclusão do item. Da mesma forma, foram encontrados os valores globais para os coeficientes de *Spearman-Brown* e de correlação *split-half*. Numa observação geral pode-se verificar que os itens exibem correlações satisfatórias com os totais das subescalas, retirando-se o item 5 na dimensão *Confiança*. Entretanto, devido à importância do contributo deste item para a dimensão *Confiança nos Outros*, foi selecionado por ser acrescentado na versão final da escala. O valor de *Alpha de Cronbach* da subescala *Ansiedade* é elevado (0.84), o que não ocorre com as outras subescalas. Na subescala de *Conforto com a Proximidade* o valor de *alpha* é de 0.67 e na subescala de *Confiança nos Outros* é de 0.54, sendo estes valores menores do que era esperado. No total da escala o valor de *alpha* é de 0.81 considera-se elevado, tal como os índices de *Spearman-Brown* (0.84) e de correlação *split-half* (0.83). Foi

tentado entender as correlações entre as três dimensões da *EVA* e verificou-se que a escala de *Ansiedade* se correlaciona inversamente com as escalas de *Conforto com Proximidade* e de *Confiança nos Outros* ($r = -0.353$, $p < 0.001$; $r = 0.391$, $p < 0.001$ respetivamente) e que estas duas últimas se correlacionam positivamente ($r = 0.312$, $p < 0.001$) (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Para investigar a validade discriminativa da escala, foi feito um estudo das diferenças de médias entre a amostra normativa e uma amostra clínica, os sujeitos foram agrupados provieram de três estudos diferentes (Tereno, 2001; Marques, 2004; Coutinho, 2005). No seu global, a amostra clínica era composta por 88 indivíduos, com diagnósticos de anorexia nervosa (47 indivíduos), bulimia nervosa (25 indivíduos) e perturbações de internalização (16 indivíduos), com idades entre os 18 e os 38 anos, sendo 97% do género feminino e 3% do género masculino. Com os resultados foram notadas diferenças significativas entre as amostras nas três subescalas. Nas escalas de *Conforto com a Proximidade* e de *Confiança nos Outros*, os indivíduos da amostra normativa apresentaram valores mais altos do que os indivíduos da amostra clínica ($t = 4.59$; $p < 0.001$ e $t = 8.66$; $p < 0.001$, respetivamente). No inverso, na subescala de *Ansiedade*, os indivíduos da amostra clínica revelaram valores significativamente mais altos do que os da amostra normativa ($t = -10.16$; $p > 0.01$). Relativamente à estatística descritiva da escala, o género não apresenta mudanças significativas nas pontuações obtidas, por isso, não foram apresentados resultados em função do sexo. Para o total da amostra normativa ($N = 434$), a dimensão *Ansiedade* revelou a média de 2.43 e o desvio-padrão de 0.74; a dimensão *Conforto com a Proximidade* revelou a média de 3.49 e o desvio-padrão de 0.58; e a dimensão *Confiança nos Outros* revelou a média de 3.27 e o desvio-padrão de 0.53 (citados por Canavarro, Dias & Lima, 2006).

O valor de *Alpha de Cronbach* da EVA com a amostra em estudo é de 0.496.

5.4 Procedimento

O questionário foi criado *online* através do *GoogleDrive* e também impresso em papel. Foram contactadas várias associações de apoio a familiares em luto por correio eletrónico pedindo o reencaminhamento do questionário *online* para os seus membros/associados. Também foram contactadas várias agências funerárias para colaboração na indicação de pessoas enlutadas que pudessem ser contactadas para preencherem o questionário. Tanto nos questionários *online* como nos impressos estava explícito o objetivo

do estudo, a sua confidencialidade e a finalidade de investigação. Juntamente com o pedido de colaboração sugeriu-se a não existência de respostas certas ou erradas, solicitando apenas a sinceridade dos participantes. Os dados foram exportados para o *Microsoft Excel 2010* e posteriormente para o *SPSS Statistics 22.0*. Após a exportação dos dados fez-se a análise dos mesmos.

Capítulo 6 – Resultados

6.1. Análise da normalidade da amostra

Antes de serem efetuadas as análises descritivas relevantes, fez-se o teste de Kolmogorov-Sminorv para todas as medidas de avaliação de forma a ser possível entender o tipo de estatística (paramétrica ou não paramétrica) a usar. Assim, são apresentados de seguida os resultados obtidos.

Tabela 2. *Teste de Kolmogorov-Sminorv para as dimensões das EBM, do PG-13 e da EVA*

	Kolmogorov-Smirnov Test	Sig.
EBM		
Dor e Solidão	.798	.547
Vida Além	.945	.334
Indiferença	1.033	.237
Desconhecido	1.163	.134
Abandono	1.133	.153
Coragem	.886	.413
Fracasso	1.257	.085
Fim Natural	2.182	.000***
PG-13		
Dormência Emocional	1.473	.026*
Dor Emocional	1.173	.127
EVA		
Ansiedade	1.018	.251
Conforto Proximidade	.864	.444
Confiança nos Outros	1.367	.048*
Conforto Confiança	.566	.906

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Devido à existência de três dimensões sem seguirem uma distribuição normal optou-se pela utilização de testes não paramétricos.

6.2. Diferenças entre o género e a idade e o tempo decorrido desde a perda

Para se verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o género e as variáveis idade e tempo decorrido desde a perda foi realizado um teste T-Student.

Tabela 3. *Diferenças entre géneros nas variáveis Idade e Tempo decorrido desde a perda (T-Student)*

Género						
Masculino			Feminino		t	Sig.
(N=20)			(N=92)			
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Idade	39.85	11.042	33.58	11.033	2.305	.023*
Tempo decorrido desde a perda	59.70	52.268	66.92	54.791	-.539	.591

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável Idade ($p=.023$). O género masculino ($M=39.85$; $DP=11.042$) apresentou valores mais elevados do que o género feminino ($M=33.58$; $DP=11.033$).

6.3. Diferenças entre as dimensões e o género

Para se verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o género nas dimensões das EBM, do PG-13 e da EVA foi realizado um teste de Mann-Whitney.

Tabela 4. *Diferenças entre géneros e nas dimensões das EBM, do PG-13 e da EVA (Mann-Whitney)*

	Género		Mann-Whitney U	Sig.
	Masculino	Feminino		
	(N=20)	(N=92)		
	Média	Média		
EBM				
Dor e Solidão	62.83	55.13	793.5	.336
Vida Além	50.88	57.72	807.5	.392
Indiferença	63.40	55.00	782.0	.293
Desconhecido	59.58	55.83	858.5	.640
Abandono	56.23	56.56	914.5	.967
Coragem	52.68	57.33	843.5	.560
Fracasso	62.13	55.28	807.5	.392
Fim Natural	48.05	58.34	751.0	.195
PG-13				
Dormência	55.70	56.67	904.0	.903
Emocional				
Dor	62.95	55.10	791.0	.326
Emocional				
EVA				
Ansiedade	47.48	58.46	739.0	.170
Conforto	58.05	56.16	889.0	.813
Proximidade				
Confiança nos	55.48	56.72	899.5	.876
Outros				
Conforto	49.48	58.03	779.5	.285
Confiança				

De acordo com os resultados obtidos não existem evidências estatísticas para afirmar que as médias do género masculino sejam significativamente diferentes das médias do género feminino face às dimensões Dor e Solidão, Vida Além, Indiferença, Desconhecido, Abandono, Coragem, Fracasso, Fim Natural, Dormência Emocional, Dor Emocional, Ansiedade, Conforto Proximidade, Confiança nos Outros e Conforto Confiança.

6.4. Diferenças entre as dimensões e os grupos das variáveis estado civil, grau de parentesco e circunstâncias da perda

Foi usado o teste de Kruskal-Wallis para comparar os grupos das variáveis estado civil, grau de parentesco e circunstâncias da perda.

Tabela 5. Resultados do teste Kruskal-Wallis para a comparação entre os grupos do estado civil para cada dimensão.

	Média	Desvio Padrão	χ^2	Sig.
EBM				
Dor e Solidão	16.81	7.53	4.595	.331
Vida Além	17.81	8.57	7.312	.120
Indiferença	11.61	4.31	2.745	.601
Desconhecido	26.28	7.92	2.985	.560
Abandono	14.15	7.01	3.585	.465
Coragem	16.59	7.62	2.285	.684
Fracasso	15.57	7.52	9.657	.047*
Fim Natural	19.78	4.36	11.869	.018*
PG-13				
Dormência	17.39	6.92	4.681	.322
Emocional				
Dor	12.85	4.62	.789	.940
Emocional				
EVA				
Ansiedade	15.49	6.09	5.350	.253
Conforto	17.36	5.07	5.282	.260
Proximidade				
Confiança nos	17.66	4.24	2.150	.780
Outros				
Conforto	38.46	6.53	1.332	.856
Confiança				

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Nesta comparação surgiram diferenças estatisticamente significativas das dimensões Fracasso ($p=.047$) e Fim Natural ($p=.018$). Na dimensão Fracasso o estado civil viúvo apresenta a média mais alta ($M=80.13$) seguido do estado civil casado ($M=66.09$). Na dimensão Fim Natural é o estado civil divorciado que apresenta valores superiores ($M=80.33$) seguido do estado civil viúvo ($M=79.38$).

Tabela 6. *Resultados do teste Kruskal-Wallis para a comparação entre os grupos do grau de parentesco para cada dimensão*

	Média	Desvio Padrão	X ²	Sig.
EBM				
Dor e Solidão	16.81	7.53	21.346	.006**
Vida Além	17.81	8.57	6.610	.579
Indiferença	11.61	4.31	12.092	.147
Desconhecido	26.28	7.92	5.946	.653
Abandono	14.15	7.01	10.228	.249
Coragem	16.59	7.62	7.484	.485
Fracasso	15.57	7.52	11.976	.152
Fim Natural	19.78	4.36	7.715	.462
PG-13				
Dormência Emocional	17.39	6.92	11.696	.165
Dor Emocional	12.85	4.62	10.243	.248
EVA				
Ansiedade	15.49	6.09	13.371	.100
Conforto Proximidade	17.36	5.07	8.402	.395
Confiança nos Outros	17.66	4.24	7.9985	.434
Conforto Confiança	38.46	6.53	4.507	.809

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Após as evidências estatísticas, verifica-se que somente a dimensão Dor e Solidão tem diferenças estatisticamente significativas ($p=.006$). Perante a análise das médias desta dimensão verifica-se que a hipótese “amigo” ($M=90.67$) teve valores superiores face às restantes. Seguiu-se o grau de parentesco filho/a ($M=75.78$).

Tabela 7. Resultados do teste Kruskal-Wallis para a comparação entre os grupos das circunstâncias da perda para cada dimensão

	Média	Desvio Padrão	X ²	Sig.
EBM				
Dor e Solidão	16.81	7.53	6.759	.239
Vida Além	17.81	8.57	8.325	.139
Indiferença	11.61	4.31	6.924	.226
Desconhecido	26.28	7.92	.779	.978
Abandono	14.15	7.01	13.698	.018*
Coragem	16.59	7.62	4.961	.421
Fracasso	15.57	7.52	10.177	.070
Fim Natural	19.78	4.36	4.843	.435
PG-13				
Dormência Emocional	17.39	6.92	7.973	.158
Dor Emocional	12.85	4.62	5.206	.391
EVA				
Ansiedade	15.49	6.09	3.199	.669
Conforto Proximidade	17.36	5.07	3.396	.639
Confiança nos Outros	17.66	4.24	2.227	.817
Conforto Confiança	38.46	6.53	3.354	.646

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Perante a comparação entre os grupos e as circunstâncias da perda surgiram diferenças estatisticamente significativas na dimensão Abandono ($p=.018$). Nesta dimensão é a perda neonatal ($M=102.25$) que tem valores mais elevados, seguida de suicídio ($M=84.70$).

6.5. Relações entre as dimensões das EBM, do PG-13 e da EVA

Para verificar se existem correlações entre as dimensões da EBM, do PG-13 e da EVA, na amostra total aplicou-se o teste do coeficiente de correlação Ró de Spearman. Em seguida apresentamos uma tabela por cada teste de correlação realizado.

Tabela 8. *Correlação entre as EBM e o PG-13*

EBM	PG-13	
	Dormência Emocional	Dor Emocional
Dor e solidão	.187*	.107
Vida além	.005	-.49
Indiferença	-.299**	-.282**
Desconhecido	.199*	.140
Abandono	.230*	.047
Coragem	-.080	-.119
Fracasso	.231*	.100
Fim natural	.011	.022

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Através dos resultados obtidos verifica-se que a dimensão Dormência Emocional estabelece uma relação fraca e negativa com a dimensão Indiferença ($r=-.299$; $p \leq 0.01$), o que mostra que quanto maior for a dormência emocional menor é a indiferença. As dimensões Dor e Solidão, Desconhecido, Abandono e Fracasso correlacionam-se positivamente com a

dimensão Dormência Emocional ($r=.187$; $p\leq 0.05$ (Dor e Solidão), $r=.199$; $p\leq 0.05$ (Desconhecido), $r=.230$; $p\leq 0.05$ (Abandono) e a $r=.231$; $p\leq 0.05$ (Fracasso)), surgindo correlações fracas. Assim revela-se que quanto maior é a dormência emocional maior é a dor e solidão, o desconhecido, o abandono e o fracasso perante a perda de um ente querido.

A dimensão Dor Emocional correlaciona-se fraca e negativamente com a dimensão Indiferença ($r=-.282$; $p\leq 0.01$), revelando que quanto maior for a dor emocional menor é a indiferença.

Tabela 9. *Correlação entre as EBM e a EVA*

		EVA		
EBM	Ansiedade	Conforto	Confiança	Conforto
		Proximidade	nos Outros	Confiança
Dor e solidão	.160	.576**	-.025	-.074
Vida além	.037	.684**	.065	.092
Indiferença	-.244**	.387**	.186*	.121
Desconhecido	.161	.442**	-.144	-.193*
Abandono	.167	.376**	-.205*	-.270**
Coragem	-.015	.334**	.066	.035
Fracasso	.229*	.239*	-.125	-.229*
Fim natural	.121	.171	-.119	.003

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Através dos resultados obtidos verifica-se que a Ansiedade tem uma relação fraca e negativa com a dimensão Indiferença ($r=-.244$; $p\leq 0.01$), verificando-se que quanto maior é a ansiedade menor é a indiferença. A dimensão Ansiedade relaciona-se também com a

dimensão Fracasso sendo uma correlação fraca e positiva ($r=.229$; $p\leq 0.01$), mostrando que quanto maior é a ansiedade maior é o fracasso.

Quanto às dimensões Dor e Solidão, Vida Além, Indiferença, Desconhecido, Abandono, Coragem e Fracasso correlacionam-se positivamente com a dimensão Conforto Proximidade ($r=.576$; $p\leq 0.01$ (Dor e Solidão), $r=.684$; $p\leq 0.01$ (Vida Além), $r=.387$; $p\leq 0.01$ (Indiferença), $r=.442$; $p\leq 0.01$ (Desconhecido), $r=.376$; $p\leq 0.01$ (Abandono), $r=.334$; $p\leq 0.01$ (Coragem) e a $r=.239$; $p\leq 0.05$ (Fracasso)). As dimensões Dor e Solidão, Vida Além e Desconhecido correlacionam-se fortemente com a dimensão Conforto Proximidade. Moderadamente correlacionam-se as dimensões Indiferença, Abandono e Coragem, tendo ainda o Fracasso uma correlação fraca. Assim revela-se que quanto maior é o Conforto Proximidade maior são a Dor e Solidão, a Vida Além, a Indiferença, o Desconhecido, o Abandono, a Coragem e o Fracasso.

Relativamente à dimensão Confiança nos Outros correlaciona-se fraca e positivamente com a dimensão Indiferença ($r=.186$; $p\leq 0.05$), mostrando que quanto maior é a confiança nos outros maior é a indiferença. A dimensão Confiança nos Outros correlaciona-se fraca e negativamente com a dimensão Abandono ($r=-.205$; $p\leq 0.01$), revelando que quanto maior é a confiança nos outros menor é o abandono.

A dimensão Conforto Confiança tem uma relação fraca e negativa com as dimensões Desconhecido ($r=-.193$; $p\leq 0.01$), Abandono ($r=-.270$; $p\leq 0.01$) e Fracasso ($r=-.229$; $p\leq 0.05$). Assim pode-se revelar que quanto maior é o conforto e a confiança menor é o desconhecido, o abandono e o fracasso.

Tabela 10. *Correlação entre o PG-13 e a EVA*

PG-13	Ansiedade	EVA		
		Conforto Proximidade	Confiança nos Outros	Conforto Confiança
Dormência Emocional	.315**	.009	-.391**	-.361**
Dor Emocional	.250**	-.048	-.271**	-.274**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Através dos resultados obtidos verifica-se que a Ansiedade se correlaciona positiva e moderadamente com a dimensão Dormência Emocional ($r=.315$; $p \leq 0.01$) e com a dimensão Dor Emocional tem uma relação fraca e positiva ($r=.250$; $p \leq 0.01$). Desta pode-se afirmar que quanto maior é a ansiedade, maior são a dormência emocional e a dor emocional.

A dimensão Confiança nos Outros correlaciona-se negativamente com as dimensões Dormência Emocional e Dor Emocional, sendo que a relação é moderada com a dimensão Dormência Emocional ($r=-.391$; $p \leq 0.01$) e fraca com a dimensão Dor Emocional ($r=-.271$; $p \leq 0.01$). Revela-se que quanto maior for a confiança nos outros menor é a dormência emocional e a dor emocional.

Também a dimensão Conforto Confiança se correlaciona negativamente com as dimensões Dormência Emocional e Dor Emocional, sendo que a relação é moderada com a dimensão Dormência Emocional ($r=-.361$; $p \leq 0.01$) e fraca com a dimensão Dor Emocional ($r=-.274$; $p \leq 0.01$). Assim pode-se revelar que quanto maior é o conforto e a confiança menor é a dormência emocional e a dor emocional.

Capítulo 7 – Discussão de Resultados

Sendo o objetivo deste estudo entender a relação entre a vinculação e o luto mediante as perspetivas acerca da morte segue-se a discussão dos resultados obtidos e apresentados no capítulo anterior.

Após ser efetuada a caracterização sociodemográfica da amostra foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres em relação a várias variáveis. A diferença mais notória deve-se ao género pois na amostra existem mais mulheres (82.1%) do que homens (17.9%). Foram encontradas diferenças também no Estado Civil pois não existem homens em união de facto nem viúvos. Relativamente ao Grau de parentesco da pessoa que partiu, nenhum dos homens assinalou cônjuge, neto/a, amigo/a ou tio/a. Evidentemente o fator género foi um condicionante nos resultados, devido à grande diferença na quantidade da amostra entre os dois géneros.

Foi aplicado o Teste T de Student para comparar as variáveis Idade e Tempo decorrido deste a perda em função do género. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável Idade ($p=.023$). O género masculino ($M=39.85$; $DP=11.042$) apresentou valores mais elevados do que o género feminino ($M=33.58$; $DP=11.033$). Quanto à variável Tempo decorrido desde a perda não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=.591$).

Para se verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros e as dimensões das EBM, do PG-13 e da EVA foi realizado o teste de Mann-Whitney. De acordo com os resultados obtidos não existem evidências estatísticas para afirmar que as médias do género masculino sejam significativamente diferentes das médias do género feminino face às dimensões Dor e Solidão, Vida Além, Indiferença, Desconhecido, Abandono, Coragem, Fracasso, Fim Natural, Dormência Emocional, Dor Emocional, Ansiedade, Conforto Proximidade, Confiança nos Outros e Conforto/Confiança.

Relativamente à Hipótese 1 em que era esperada a existência de diferenças significativas entre os géneros da dimensão Conforto com a Proximidade, esta não se confirma ($p=.813$). As médias entre os géneros são próximas, no género masculino ($M=58.05$) e no género feminino ($M=56.16$). Estes resultados são opostos aos obtidos no estudo realizado por Rebelo (2005) em que apesar de terem participado maioritariamente mulheres, cada casal adaptou-se de maneira diferente ao grupo constatando-se sentimentos opostos porque uns preferiam desabafar e outros preferiam não falar sobre o assunto afim de não sofrerem mais. A indicação de realização do luto individual também foi indicada onde se entende que não há conforto em partilhar este processo com outras pessoas. No caso deste estudo como os

questionários foram respondidos de forma anónima, não se sabe se existiram casais a responder ao mesmo.

Quanto à Hipótese 2 em que se esperava que existissem diferenças significativas entre os géneros nas dimensões Dor Emocional e Dormência Emocional, refuta-se a hipótese pois Dormência Emocional ($p=.903$) e Dor Emocional ($p=.326$) não existindo assim diferenças significativas entre os géneros. As médias entre os géneros quanto à dimensão Dormência Emocional são, género masculino ($M=55.70$) e género feminino ($M=56.67$). Na dimensão Dor Emocional as médias são, género masculino ($M=62.95$) e género feminino ($M=55.10$). Estes resultados diferem dos estudos e da literatura referidos onde consta que são em maior número as mulheres a sofrer mais com o luto. Nos estudos realizados maioritariamente por mulheres enlutadas, muitas delas mostraram dificuldades em lidar com o luto e a presença de sofrimento constante (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011; Carvalho & Meyer, 2007). De acordo com a literatura, os pais sentem e interpretam as reações das pessoas à morte de um bebé como transtornadoras. A negação do sofrimento funciona como uma forma de desmentir a realidade. Este trauma traz uma grande fadiga a nível psicológico. Porém, a ausência de reconhecimento social da dor de uma mãe enlutada faz com que esta não consiga encarar devidamente a perda (Iaconelli, 2007).

Na Hipótese 3 era esperado que não existissem diferenças significativas entre os géneros face à dimensão Fim Natural, ou seja, morte como fim natural. Esta confirmou-se ($p=.195$). As médias entre os géneros nesta dimensão são, ($M=48.05$) no género masculino e ($M=58.34$) no género feminino. Estes resultados vão ao encontro do que é descrito noutras investigações e na literatura. Constata-se na literatura que a vivência da morte e o modo de lidar com a mesma varia de acordo com a etapa do desenvolvimento humano. Cada etapa apresenta as suas particularidades no que toca à perceção da morte. Contudo, para os adultos a morte é vista como um acontecimento geral face ao qual ninguém tem hipótese de fugir (Barbosa, Melchiori & Neme, 2011). A morte é aceite como fazendo parte da vida mas é custoso morrer e eternamente será porque esta é tida como uma desistência da vida. Quando se pensa em morte, pensa-se também no quanto o ser humano é vulnerável e que apesar de todos os avanços tecnológicos, nenhum nos salvará da morte. Sem distinção, a morte é democrática. Todos morrem, sejam ricos ou pobres, conhecidos ou desconhecidos. São as suas características inesperadas e fatais que assustam as pessoas (Horta, 2009). No caso do estudo realizado por Lisboa e Crepaldi (2003) o acompanhamento de um doente em estado terminal revelou-se fundamental para que os seus familiares se pudessem despedir dele,

aceitando assim a morte. Esta aceitação, que em casos de doentes terminais pode ser tida como natural, propicia depois da morte que os seus familiares sigam com as suas vidas espontaneamente. Na investigação de Barbosa, Melchiori e Neme (2011) destacou-se a visão da morte como algo natural no desenvolvimento humano. Surgindo também crenças de que existe vida para além da morte, como evolução espiritual.

Foi usado o teste de Kruskal-Wallis para comparar os grupos das variáveis estado civil, grau de parentesco e circunstâncias da perda. Nesta comparação surgiram diferenças estatisticamente significativas das dimensões Fracasso ($p=.047$) e Fim Natural ($p=.018$). Na dimensão Fracasso o estado civil viúvo apresenta a média mais alto ($M=80.13$) seguido do estado civil casado ($M=66.09$). Na dimensão Fim Natural é o estado civil divorciado que apresenta valores superiores ($M=80.33$) seguido do estado civil viúvo ($M=79.38$). Após as evidências estatísticas, verifica-se que somente a dimensão Dor e Solidão tem diferenças estatisticamente significativas ($p=.006$). Perante a análise das médias desta dimensão verifica-se que a hipótese “amigo” ($M=90.67$) teve valores superiores face às restantes. Seguiu-se o grau de parentesco filho/a ($M=75.78$). Perante a comparação entre os grupos e as circunstâncias da perda surgiram diferenças estatisticamente significativas na dimensão Abandono ($p=.018$). Nesta dimensão é a perda neonatal ($M=102.25$) que tem valores mais elevados, seguida de suicídio ($M=84.70$).

Para verificar se existem correlações entre as dimensões da EBM, do PG-13 e da EVA, na amostra total aplicou-se o teste do coeficiente de correlação Ró de Spearman. Através dos resultados obtidos verifica-se que a dimensão Dormência Emocional estabelece uma relação fraca e negativa com a dimensão Indiferença ($r=-.299$; $p\leq 0.01$), o que mostra que quanto maior for a dormência emocional menor é a indiferença. As dimensões Dor e Solidão, Desconhecido, Abandono e Fracasso correlacionam-se positivamente com a dimensão Dormência Emocional ($r=.187$; $p\leq 0.05$ (Dor e Solidão), $r=.199$; $p\leq 0.05$ (Desconhecido), $r=.230$; $p\leq 0.05$ (Abandono) e a $r=.231$; $p\leq 0.05$ (Fracasso)), surgindo correlações fracas. Assim revela-se que quanto maior é a dormência emocional maior é a dor e solidão, o desconhecido, o abandono e o fracasso perante a perda de um ente querido.

A dimensão Dor Emocional correlaciona-se fraca e negativamente com a dimensão Indiferença ($r=-.282$; $p\leq 0.01$), revelando que quanto maior for a dor emocional menor é a indiferença. Através dos resultados obtidos verifica-se que a Ansiedade tem uma relação fraca e negativa com a dimensão Indiferença ($r=-.244$; $p\leq 0.01$), verificando-se que quanto maior é a ansiedade menor é a indiferença. A dimensão Ansiedade relaciona-se também com a

dimensão Fracasso sendo uma correlação fraca e positiva ($r=.229$; $p\leq 0.01$), mostrando que quanto maior é a ansiedade maior é o fracasso.

Quanto às dimensões Dor e Solidão, Vida Além, Indiferença, Desconhecido, Abandono, Coragem e Fracasso correlacionam-se positivamente com a dimensão Conforto Proximidade ($r=.576$; $p\leq 0.01$ (Dor e Solidão), $r=.684$; $p\leq 0.01$ (Vida Além), $r=.387$; $p\leq 0.01$ (Indiferença), $r=.442$; $p\leq 0.01$ (Desconhecido), $r=.376$; $p\leq 0.01$ (Abandono), $r=.334$; $p\leq 0.01$ (Coragem) e a $r=.239$; $p\leq 0.05$ (Fracasso)). As dimensões Dor e Solidão, Vida Além e Desconhecido correlacionam-se fortemente com a dimensão Conforto Proximidade. Moderadamente correlacionam-se as dimensões Indiferença, Abandono e Coragem, tendo ainda o Fracasso uma correlação fraca. Assim revela-se que quanto maior é o Conforto Proximidade maior são a Dor e Solidão, a Vida Além, a Indiferença, o Desconhecido, o Abandono, a Coragem e o Fracasso.

Relativamente à dimensão Confiança nos Outros correlaciona-se fraca e positivamente com a dimensão Indiferença ($r=.186$; $p\leq 0.05$), mostrando que quanto maior é a confiança nos outros maior é a indiferença. A dimensão Confiança nos Outros correlaciona-se fraca e negativamente com a dimensão Abandono ($r=-.205$; $p\leq 0.01$), revelando que quanto maior é a confiança nos outros menor é o abandono.

A dimensão Conforto/Confiança tem uma relação fraca e negativa com as dimensões Desconhecido ($r=-.193$; $p\leq 0.01$), Abandono ($r=-.270$; $p\leq 0.01$) e Fracasso ($r=-.229$; $p\leq 0.05$). Assim pode-se revelar que quanto maior é o conforto e a confiança menor é o desconhecido, o abandono e o fracasso.

Através dos resultados obtidos verifica-se que a Ansiedade se correlaciona positiva e moderadamente com a dimensão Dormência Emocional ($r=.315$; $p\leq 0.01$) e com a dimensão Dor Emocional tem uma relação fraca e positiva ($r=.250$; $p\leq 0.01$). Desta forma pode-se afirmar que quanto maior é a ansiedade, maior são a dormência emocional e a dor emocional. Com estes resultados é possível confirmar a Hipótese 4 onde era prevista a existência de uma relação entre a dimensão Dor Emocional e a dimensão Ansiedade. A sua relação é fraca e positiva ($r=.250$; $p\leq 0.01$). Pode-se concluir que à medida que a ansiedade aumenta, a dor emocional aumenta também. Na literatura surgem referências face a este aumento de ansiedade e de dor, pois, de acordo com Parkes (1998), não é a depressão profunda que mais caracteriza o luto mas sim episódios de sofrimento e ansiedade. Nestas situações o enlutado sente muita falta da pessoa que morreu. O sofrimento ocorre algumas horas ou dias depois da perda. Podem durar entre cinco a catorze dias. Inicialmente ocorrem com frequência mas à

medida que o tempo passa a sua frequência é menor. O simples facto de encontrar uma fotografia pode levar a que a ansiedade e o sofrimento regressem. O sofrimento e a ansiedade trazem também uma apreensão com ideias que podem causar ainda mais dor.

A dimensão Confiança nos Outros correlaciona-se negativamente com as dimensões Dormência Emocional e Dor Emocional, sendo que a relação é moderada com a dimensão Dormência Emocional ($r=-.391$; $p\leq 0.01$) e fraca com a dimensão Dor Emocional ($r=-.271$; $p\leq 0.01$). Revela-se que quanto maior for a confiança nos outros menor é a dormência emocional e a dor emocional.

Também a dimensão Conforto/Confiança se correlaciona negativamente com as dimensões Dormência Emocional e Dor Emocional, sendo que a relação é moderada com a dimensão Dormência Emocional ($r=-.361$; $p\leq 0.01$) e fraca com a dimensão Dor Emocional ($r=-.274$; $p\leq 0.01$). Perante estes resultados podemos confirmar a Hipótese 5 onde era prevista a existência de uma relação entre a dimensão Conforto/Confiança e as dimensões Dor Emocional e Dormência Emocional. Assim pode-se revelar que quanto maior é o conforto e a confiança menor é a dormência emocional e a dor emocional. Estes resultados podem ser comparados com a investigação de Basso e Marin (2010) onde destacamos a rede de apoio e a superação da perda como relevantes. Estes autores tinham como objetivo investigar a relação entre os comportamentos de vinculação do adulto perante a perda repentina de um ente querido. Inicialmente foi realizada uma entrevista com cada participante e por fim foi aplicada a Escala de Vinculação do Adulto. Com a entrevista foi pretendido analisar quatro categorias: reação perante a perda, sentimentos perante a perda, rede de apoio e superação da perda. Na primeira categoria os participantes referiram que a reação principal foi o bloqueio emocional. Na segunda categoria surgiram sentimentos de tristeza, de pesar, de conforto e de consolo. Relativamente à rede de apoio todos referiram terem sido bem apoiados. Na quarta e última categoria, superação da perda, alguns participantes referiram que já tinha superado a perda. Na Escala de Vinculação do Adulto, três dos participantes tiveram valores mais significativos na dimensão Conforto/Confiança e menos significativos na dimensão Ansiedade caracterizaram-se como seguros. Os outros dois participantes revelaram valores significativos na dimensão Conforto/Confiança mas também na dimensão Ansiedade, ou seja, consideraram-se preocupados. Na literatura, nomeadamente no Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto (Stroebe & Schut, 1999) existem também constatações de que se o sujeito tiver conforto e confiança perante outras pessoas, o processo de luto ocorre de forma mais favorável. O surgimento de emoções positivas é relevante para o processo de recuperação da

perda. Logo após a perda é comum que o enlutado se sinta desorientado, porém ao longo do tempo a sua atenção ficará focada noutras origens de revolta e angústia. Algumas vezes os enlutados são confrontados pela perda mas noutras alturas vão preferir não se recordar do que se passou tentando encontrar um foco e buscando alívio junto de outras coisas. O regresso ao trabalho ou as tarefas domésticas diárias são algumas das alternativas possíveis. O balanço é preciso para que ao longo do tempo, o enlutado se consiga adaptar às diversas situações, daí a importância da relação entre a oscilação e a saúde física e mental do sujeito. Um suporte social adequado facilita a resolução do luto o que mantém também o bem-estar físico e mental. Durante este tempo o sujeito pode optar por se distrair procurando atividades novas ou por outro lado pode tornar-se difícil o enfrentamento de algumas circunstâncias. O enfrentamento da perda, o seu confronto, é uma peça fundamental para a adaptação ao luto. Cognitivamente a perda tem que ser resolvida. Este é o argumento primordial do Modelo de Processo Dual de Lidar com o Luto (Stroebe & Schut, 1999).

Uma das maiores limitações do estudo foi o facto de os participantes do género masculino serem numa quantidade bastante inferior aos do género feminino. Julga-se que esta tenha sido uma das maiores condicionantes do estudo pois assim não foi possível encontrar diferenças significativas em vários aspetos entre os géneros como era esperado. Para existirem resultados mais exploratórios e concisos a amostra deveria ter um número idêntico de homens e mulheres.

Conclusão

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os géneros relativamente à variável idade e entre os grupos das variáveis estado civil, grau de parentesco da pessoa que partiu e circunstâncias da perda.

Constataram-se a existência de relações entre as metodologias utilizadas. A dimensão Dormência Emocional correlaciona-se positivamente com as dimensões Dor e Solidão, Abandono e Fracasso e correlaciona-se negativamente com a dimensão Indiferença. A dimensão Dor Emocional correlaciona-se negativamente com a dimensão Indiferença. A dimensão Ansiedade correlaciona-se positivamente com as dimensões Fracasso, Dormência Emocional e Dor Emocional e correlaciona-se negativamente com a dimensão Indiferença. A dimensão Conforto com a Proximidade correlaciona-se positivamente com as dimensões Dor e Solidão, Vida Além, Indiferença, Desconhecido, Abandono, Coragem e Fracasso. A dimensão Confiança nos Outros correlaciona-se positivamente com a dimensão Indiferença e negativamente com as dimensões Abandono, Dormência Emocional e Dor Emocional. A dimensão Conforto/Confiança correlaciona-se negativamente com as dimensões Desconhecido, Abandono, Fracasso, Dormência Emocional e Dor Emocional.

De acordo com a revisão da literatura e com base em outras investigações, os resultados permitiram-nos concluir que tanto os homens como as mulheres têm uma visão da morte como um fim natural, sendo esta aceite por ambos pois ninguém escapará dela. Conclui-se ainda que à medida que a ansiedade aumenta, a dor emocional aumenta também. Por outro lado também foi sugerido pelos resultados que quanto maior é o conforto e a confiança menor é a dormência emocional e a dor emocional.

Foi possível com os dados obtidos nesta investigação avançar na compreensão da relação que existe entre a vinculação e o modo de experienciar o luto mas também a forma em como estas variáveis são influenciadas pelas perspetivas acerca da morte. Contudo, devemos apontar alguns fatores que trouxeram dificuldades na elaboração deste estudo e que o limitaram. A maior limitação julga-se ter sido a pouca quantidade de homens na amostra total pois devido a essa condicionante para além de a amostra não ser considerada normal não foi possível aprofundar as diferenças entre géneros como tinha sido inicialmente pensado. Esta limitação deveu-se talvez ao facto de muitos homens terem recusado responder ao protocolo de investigação por ser um assunto do qual preferem não pensar. Outra limitação encontrada foi devido ao tempo decorrente desde a perda pois existiam sujeitos com poucos meses de luto enquanto havia outros com largos anos de luto. Apesar de se ter restringido o tempo entre os 6

meses e os 20 anos em luto, deveria ter sido ainda mais restringido para que as respostas não fossem influenciadas por este fator. Apesar destas limitações, este estudo contribuiu para o conhecimento da relação entre o luto e a vinculação numa pequena amostra da população portuguesa mas também uma visão de como estas pessoas percecionam a morte.

Sugere-se que futuramente seja realizado um estudo idêntico mas a nível nacional, tentando obter participantes em igual número entre géneros. A tradução e adaptação de metodologias de avaliação do luto também é uma sugestão pois este tema começa a ser cada vez mais falado na atualidade principalmente na área da Psicologia.

Referências Bibliográficas

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP]. (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. (1979). Infant-mother Attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2012). Estatísticas em foco: homicídios. *Estatísticas APAV*, 1-5.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2014). Relatório Anual 2013. *Estatísticas APAV*, 1-28.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR]. (2014). Principais Indicadores de Sinistralidade Continente. *Observatório de Segurança Rodoviária*. 1-29.
- Barbosa, C., Melchiori, L., & Neme, C. (2011). Morte, família e compreensão fenomenológica: revisão sistemática de literatura. *Psicologia em Revista*, 17 (3), 363-377.
- Basso, L., & Marin, A. (2010). Comportamento de apego em adultos e a experiência da perda de um ente querido. *Aletheia*, 32, 92-103.
- Behr, E. (2009). Inherited heart conditions sudden arrhythmic death syndrome. *Cardiac risk in the young*, 1-58.
- Borsoi, I. (2005). Acidente de trabalho, morte e fatalismo. *Psicologia e Sociedade*, 17, (1), 17-28.
- Bousso, R. (2008). O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: Uma teoria substantiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (1), 45-54.
- Bowlby, J. (1969). Attachment. *Attachment and Loss*. Vol 1. USA: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). Loss Sadness and Depression. *Attachment and Loss*. Vol. 3. USA: Basic Books.
- Canavarro, M., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da *Adult Attachment Scale-R (AAS-R)* na população portuguesa. *Psicologia*, 1.
- Carvalho, F., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57 (126), 33-48.

- Carvalho, G., Machado, M., & Maia, L. (2005). Infarto agudo do miocárdio e morte súbita documentada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84 (1), 51-54.
- Combinato, D., & Queiroz, M. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 11 (2), 209-216.
- Conter, G., Hass, M., Pasqualin, V., & Villwock, C. (2012). *A intervenção na crise do luto: intervir para elaborar*. 1-11.
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 935-942.
- Domingos, B., & Maluf, M. (2003). Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3), 577-589.
- Franco, M. (2005). Atendimento psicológico para emergências em aviação: a teoria revista na prática. *Estudos de Psicologia*, 10 (2), 177-180.
- Ferreira, N., Souza, C., & Stuchi, Z. (2008). Cuidados paliativos e família. *Revista Ciências Médicas*, 17 (1), 33-42.
- Fonseca, F., & Coutinho, J. (2012). Síndrome da morte súbita infantil: pesquisa quantitativa de artigos ao redor do mundo. *Ciências Saúde*, 22 (2), 131-142.
- Fonseca, M., Soares, I., & Martins, C. (2006). *Estilos de vinculação, orientação para o trabalho e relações profissionais*.
- Freud, S. (1976). Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. 14, 141-152. Brasil: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- George, F. (2012). Causas de morte em Portugal e desafios na prevenção. *Acta Médica Portuguesa*, 25 (2), 61-63.
- Gomes, V., Ferreira, P., & Higginson, I. (2013). Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (4), 327-334.
- Habekoste, A., & Areosa, S., (2011). O luto inesperado. *Desafios atuais nas práticas da psicologia*.
- Horta, M. (2009). Eutanásia – problemas éticos da morte e do morrer. *Revista Bioética*, 7 (1), 1-6.
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10 (4), 614-623.

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA]. (2013). Desafios no Cuidado Integral em Oncologia. *Cadernos de Psicologia*, 1.
- Jacobina, A., Nobre, L., Conceição, P. (2002) Vigilância de acidentes de trabalho graves e com óbito. *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador*. 86-115
- Kóvacs, M. (2002). *Morte e Desenvolvimento Humano*. Brasil: Casa do Psicólogo.
- Kubler-Ross, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer*. Brasil: Martins Fontes.
- Lima, A. (2012). Estudos sobre desaparecimentos, morte, morrer e luto. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 11 (33), 986-989.
- Lisbôa, M., & Crepaldi, M. (2003). Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. *Paidéia*, 13 (25), 97-109.
- Marín-León, L., & Barros, M. (2003). Mortes por suicídio: diferenças de género e nível socioeconómico. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 357-363.
- Meleiro, A. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de Medicina. *Revista Ass. Med. Brasil*, 44 (2), 135-140.
- Meneghel, S., Victora, C., Faria, N., & Falk, J. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista Saúde Pública*, 38 (6), 804-810.
- Minayo, M., & Cavalcante, F. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista Saúde Pública*, 44 (4), 750-757.
- Oliveira, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 2 (22), 355-367.
- Oliveira, M. & Leitão, M. (2005). Morte súbita no exercício e no esporte. *Revista Brasileira. De Medicina do Esport.*, 11(1), 1-8.
- Parkes, C. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. Brasil: Summus Editorial.
- Pascoal, M. (2012). Trabalho em grupo com enlutados. *Psicologia em Estudo*, 17 (4), 725-729.
- Peruzzo, A., Jung, B., Soares, T., & Searparo, H. (2007). A expressão e a elaboração do luto por adolescentes e adultos jovens através da internet. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 7 (3), 449-461.
- Pessini, L. (2009). Distanásia: até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*, 4 (1), 1-11.
- Pinto, C. (1997). A criança em fase terminal: A prática do cuidar. *Sinais Vitais*, 13, 25-28.
- Rebello, J. (2005). Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto. *Análise psicológica*, 4 (23), 373-380.

- Santana, J., Campos, A., Barbosa, B., & Baldessari, C., Paula, K., Rezende, M., & Dutra, B. (2009). Cuidados paliativos aos pacientes terminais: Percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikos*, 3 (1), 77-86.
- Sampaio, D. & Correia, D. (2013). Suicídio nos mais velhos: fundamental não esquecer!. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (1), 1-2.
- Santos, M. (1997) Conceito Médico-Forense de Morte. *Revista da Faculdade de Direito*, 92, 341-380.
- Silva, L. (2013). Acerca de “fim de vida em Neonatologia: integração dos Cuidados Paliativos”. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (4), 297-298.
- Soares, E. & Mautoni, M. (2013). *Conversando sobre o luto*. Ágora. São Paulo. Brasil
- Souza, A., Moura, D., & Corrêa, V. (2009). Implicações do Pronto-Atendimento Psicológico de Emergência aos que vivenciam perdas significativas. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (3), 534-543.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23 (3), 197-224.
- Valença, A., & Moraes, T. (2006). Relação entre homicídio e transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 62-68.
- Vidal, C., & Gontijo, E. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos de Saúde Colectiva*, 21 (2), 108-114.

Anexos

Anexo I – Protocolo da Investigação

Questionário

Este estudo é referente ao luto e insere-se no Mestrado de Psicologia Clínica da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, sendo orientado pelo Prof. Doutor Miguel Faria. A sua participação é **confidencial**, não existem respostas certas nem erradas. O importante é que responda a todas as questões com calma e sinceridade. Os dados recolhidos serão apenas para fins de investigação. Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐
2. Idade: _____
3. Estado civil: Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ União de facto ☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a ☐
4. Grau de parentesco da pessoa que partiu: Cônjuge ☐ Filho/a ☐ Pai ☐ Mãe ☐
Irmão/o ☐ Outros familiares ☐ Especifique: _____
5. Local da perda: Hospital ☐ Casa ☐ Outro ☐ Especifique: _____
6. Circunstâncias da perda: Acidente ☐ Doença terminal ☐ Doença súbita ☐ Suicídio ☐
Homicídio ☐ Neonatal (gravidez ou primeiros dias de vida) ☐
7. Tempo decorrido desde a perda: _____ anos / _____ meses

Escalas breves sobre diversas perspectivas de morte

J. Barros & F. Neto, 2004

Em todas as seguintes afirmações, faça uma cruz no número que melhor corresponda ao seu caso, conforme este significado (marque só um em cada afirmação, mas não esqueça nenhuma, se se enganar, risque o erro e marque bem o número que pretende).

A morte é:	Totalmente em desacordo	Bastante em desacordo	Um pouco em desacordo	Um pouco de acordo	Bastante de acordo	Totalmente de acordo
O último momento de agonia.	1	2	3	4	5	6
O fim de um tempo de isolamento.	1	2	3	4	5	6
A última miséria.	1	2	3	4	5	6
O destino de cair na berma da estrada.	1	2	3	4	5	6
A última angústia e tormento.	1	2	3	4	5	6
Uma experiência de solidão no momento da morte.	1	2	3	4	5	6
A entrada num lugar de total satisfação.	1	2	3	4	5	6
Um renascer de si mesmo.	1	2	3	4	5	6
A própria ressurreição e recompensa.	1	2	3	4	5	6
União com Deus e eterna ventura.	1	2	3	4	5	6
Oportunidade de deixar esta vida em troca de outra melhor.	1	2	3	4	5	6
A porta de entrada no céu e na felicidade plena.	1	2	3	4	5	6
Pouco importante tendo em conta tudo o resto.	1	2	3	4	5	6
De poucas consequências.	1	2	3	4	5	6
Algo a que devemos ficar indiferentes e esquecer.	1	2	3	4	5	6
Nem temida nem bem-vinda.	1	2	3	4	5	6
Coisa indiferente de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6
A maior das incertezas.	1	2	3	4	5	6
O maior dos mistérios.	1	2	3	4	5	6
O fim do conhecimento e o princípio do desconhecido.	1	2	3	4	5	6
Algo sobre que devemos dizer “não sei”.	1	2	3	4	5	6
Um ponto de interrogação.	1	2	3	4	5	6
A maior ambiguidade entre as complexidades da vida.	1	2	3	4	5	6
Deixar os que dependem de nós sujeitos às dificuldades da vida.	1	2	3	4	5	6
Abandonar aqueles que amamos.	1	2	3	4	5	6
Razão para se sentir culpado por	1	2	3	4	5	6

não poder continuar a ajudar a família.						
Razão para se sentir culpado.	1	2	3	4	5	6
Deixar a família entregue à sua sorte.	1	2	3	4	5	6
Uma oportunidade para provar que lutámos por algo na vida.	1	2	3	4	5	6
Uma ocasião para mostrar como podemos enfrentar o último teste da vida.	1	2	3	4	5	6
Um grande momento de verdade para si mesmo.	1	2	3	4	5	6
Uma oportunidade para uma grande realização.	1	2	3	4	5	6
Um tempo para recusar a humilhação ou a derrota.	1	2	3	4	5	6
Um teste ao compromisso em relação aos valores pessoais da vida.	1	2	3	4	5	6
Um acontecimento que impede a realização do potencial pessoal.	1	2	3	4	5	6
O fim das nossas esperanças.	1	2	3	4	5	6
O falhanço pessoal na procura do sentido da vida.	1	2	3	4	5	6
A destruição da última oportunidade de plena realização.	1	2	3	4	5	6
A derrota na luta por ser sucedido e alcançar os objetivos.	1	2	3	4	5	6
Uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo.	1	2	3	4	5	6
O ato final de harmonia com a existência.	1	2	3	4	5	6
Um aspeto natural da vida.	1	2	3	4	5	6
Parte do ciclo da vida.	1	2	3	4	5	6

PG-13

M. Delalibera, A. Coelho & A. Barbosa, 2010; Versão Portuguesa do *Prolonged Grief Disorder*; Prigerson *et al*, 2007

Parte I: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

_____ 1= Quase nunca

_____ 2= Pelo menos uma vez

_____ 3= Pelo menos uma vez por semana

_____ 4= Pelo menos uma vez por dia

_____ 5= Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?

_____ 1= Quase nunca

_____ 2= Pelo menos uma vez

_____ 3= Pelo menos uma vez por semana

_____ 4= Pelo menos uma vez por dia

_____ 5= Várias vezes por dia

3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

_____ Não

_____ Sim

Parte II: Em relação a cada item, indique como se sente habitualmente. Assinale o número adequado à sua situação.

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe recorda que a pessoa faleceu?

_____ 1= Quase nunca

_____ 2= Pelo menos uma vez

_____ 3= Pelo menos uma vez por semana

_____ 4= Pelo menos uma vez por dia

_____ 5= Várias vezes por dia

5. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou emocionalmente confundido/a pela sua perda?

_____ 1= Quase nunca

_____ 2= Pelo menos uma vez

_____ 3= Pelo menos uma vez por semana

_____ 4= Pelo menos uma vez por dia

_____ 5= Várias vezes por dia

	Não, de todo	Ligeiramente	Razoavelmente	Bastante	Extremamente
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é (isto é, sente que uma parte de si morreu)?	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente agora dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente entorpecido desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

Parte III: Assinale a sua resposta.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

_____ Não

_____ Sim

Escala de Vinculação do Adulto

M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale* – R; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afetivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afetivamente envolvido com um parceiro/a, responda de acordo com o que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	1	2	3	4	5
Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	1	2	3	4	5
Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	1	2	3	4	5
As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5
Sinto-me bem dependendo dos outros.	1	2	3	4	5
Não me preocupo pelo facto de as pessoas se aproximarem muito de mim.	1	2	3	4	5
Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	1	2	3	4	5
Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.	1	2	3	4	5
Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	1	2	3	4	5
Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	1	2	3	4	5
Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	1	2	3	4	5
Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	1	2	3	4	5

Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	1	2	3	4	5
Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	1	2	3	4	5
Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	1	2	3	4	5
Acho difícil confiar completamente nos outros.	1	2	3	4	5
Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	1	2	3	4	5
Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	1	2	3	4	5

