

Universidades Lusíada

Gonçalves, Maria Carolina da Silva, 1999-

**A perda do cônjuge em idosos
institucionalizados : o luto prolongado e o bem-
estar psicológico**

<http://hdl.handle.net/11067/7936>

Metadata

Issue Date 2024

Abstract Habitualmente, as perdas estão na origem de sofrimento psicológico, sendo as perdas por morte as mais significativas. Seguido à morte vem um período habitualmente denominado de luto. O processo de luto pode, em alguns casos, decorrer com sintomas que, pela sua frequência, intensidade e/ou duração, bem como pela sua eventual associação a sintomas adicionais, pode dar origem a Perturbação de Luto Prolongado. O luto prolongado - é caracterizado por reações severas e incapacitantes que ocorrem por u...

Losses are usually the cause of psychological suffering, with death being the most significant. Death is followed by a period usually referred to as mourning. The grieving process can, in some cases, be accompanied by symptoms which, due to their frequency, intensity and/or duration, as well as their possible association with additional symptoms, can give rise to Prolonged Grief Disorder. Prolonged bereavement - characterized by severe and disabling reactions that occur for a long time after the...

Keywords Luto na terceira idade, Idosos - Psicologia, Luto na terceira idade - Aspectos psicológicos

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2025-04-03T18:39:09Z with information provided by the Repository



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**A perda do cônjuge em idosos institucionalizados:
o luto prolongado e o bem-estar psicológico**

Realizado por:
Maria Carolina da Silva Gonçalves

Orientado por:
Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador: Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Arguente: Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Dissertação aprovada em: 21 de março de 2025

Lisboa

2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**A perda do cônjuge em idosos institucionalizados:
o luto prolongado e o bem-estar psicológico**

Maria Carolina da Silva Gonçalves

Lisboa

Agosto 2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**A perda do cônjuge em idosos institucionalizados:
o luto prolongado e o bem-estar psicológico**

Maria Carolina da Silva Gonçalves

Lisboa

Agosto 2024

Maria Carolina da Silva Gonçalves

A perda do cônjuge em idosos institucionalizados:
o luto prolongado e o bem-estar psicológico

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Professor Doutor António Martins
Fernandes Rebelo

Lisboa

Agosto 2024

FICHA TÉCNICA

Autora	Maria Carolina da Silva Gonçalves
Orientador	Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Título	A perda do cônjuge em idosos institucionalizados: o luto prolongado e o bem-estar psicológico
Local	Lisboa
Ano	2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

GONÇALVES, Maria Carolina da Silva, 1999-

A perda do cônjuge em idosos institucionalizados: o luto prolongado e o bem-estar psicológico / Maria Carolina da Silva Gonçalves ; orientado por António Martins Fernandes Rebelo. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

LCSH

1. Luto na terceira idade
2. Luto na terceira idade - Aspectos psicológicos
3. Idosos - Psicologia
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Bereavement in old age
2. Bereavement in old age - Psychological aspects
3. Older people - Psychology
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF724.85.G73 G66 2024

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

“O que é o luto senão o amor que perdura?”

Wanda Vision

Agradecimentos

A concretização desta dissertação traduz-se numa jornada repleta de grandes motivações, desafios, determinação, resiliência, muita fé e acima de tudo, amor.

Em primeiro lugar, quero agradecer profundamente, aos que se mostraram sempre presentes, que me fizeram acreditar diariamente que eu conseguia e que não me deixaram desistir ao longo deste percurso. Saíram-me a sorte grande!

A todos os docentes que ao longo dos últimos cinco anos me enriqueceram com os seus conhecimentos. Especialmente ao Professor Dr. António Rebelo, que embarcou neste desafio comigo.

Agradeço a todas as instituições que abriram as suas portas para que eu pudesse realizar o presente estudo, e especialmente aos idosos que me permitiram aceder às emoções de uma vida. Sem a vossa ajuda seria impossível esta concretização.

Aos meus anjos da guarda, as razões de não ter desistido e deixado tudo para trás: os meus avós. Espero que o vosso orgulho em mim seja tanto quantas as saudades que vos tenho. Sem vocês, mesmo que no pensamento, esta conquista não faria sentido.

Foram todos pilares importantes no meu caminho e na minha vida, a minha conquista é vossa também.

Resumo

Habitualmente, as perdas estão na origem de sofrimento psicológico, sendo as perdas por morte as mais significativas. Seguido à morte vem um período habitualmente denominado de luto. O processo de luto pode, em alguns casos, decorrer com sintomas que, pela sua frequência, intensidade e/ou duração, bem como pela sua eventual associação a sintomas adicionais, pode dar origem a Perturbação de Luto Prolongado. O luto prolongado - é caracterizado por reações severas e incapacitantes que ocorrem por um longo período após a perda de uma pessoa significativa, sendo considerado atualmente um problema de saúde pública.

Na procura de lidar com o processo do luto, o ser humano recorre a familiares, ao contexto envolvente e aos que lhes são próximos. Neste contexto, a institucionalização dos idosos que se veem privados dos seus cônjuges, urge a necessidade de verificar se o luto é vivido e ultrapassado ou perdura no tempo, bem como de que forma este se processa, eventualmente de forma diferencial, em idosos institucionalizados e idosos não residentes em lares.

A amostra inclui 76 participantes, com idades compreendidas entre os 69 e os 98, sendo 45 participantes do género feminino e 31 do género masculino. Foram utilizados três instrumentos quantitativos para recolher os dados: questionário sociodemográfico, avaliação de perturbação de luto prolongado (PG-13) e escala de bem-estar psicológico de Ryff. Os resultados revelaram uma associação positiva significativa entre a institucionalização dos idosos e o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado. E igualmente uma associação positiva significativa entre o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado e Bem-Estar Psicológico.

Palavras-Chave: perda, institucionalização, envelhecimento, luto prolongado, bem-estar psicológico

Abstract

Losses are usually the cause of psychological suffering, with death being the most significant. Death is followed by a period usually referred to as mourning. The grieving process can, in some cases, be accompanied by symptoms which, due to their frequency, intensity and/or duration, as well as their possible association with additional symptoms, can give rise to Prolonged Grief Disorder. Prolonged bereavement - characterized by severe and disabling reactions that occur for a long time after the loss of a significant person, is currently considered a public health problem.

In an attempt to deal with the process of bereavement, human beings turn to family members, their surroundings and those close to them. In this context, the institutionalization of elderly people who are deprived of their spouses, there is an urgent need to verify whether grief is experienced and overcome or endures over time, as well as how it is processed, possibly in a differential way, in institutionalized elderly people and elderly people who do not live in nursing homes.

The sample included 76 participants, aged between 69 and 98, 45 female and 31 male. Three quantitative instruments were used to collect the data: sociodemographic questionnaire, assessment of prolonged bereavement disorder and Ryff's psychological well-being scale. The results revealed a significant positive association between the institutionalization of the elderly and the diagnosis of Prolonged Grief Disorder. There was also a significant positive association between the diagnosis of Prolonged Bereavement Disorder and Psychological Well-being.

Keywords: loss, institutionalization, ageing, prolonged bereavement, psychological well-being

Índice

Enquadramento Teórico	23
Perda.....	23
Envelhecimento.....	27
Institucionalização.....	32
Luto	36
Luto Prolongado.....	40
Bem-estar psicológico.....	43
Objetivos do estudo.....	46
Método	47
<i>Design</i>	47
Participantes	47
Instrumentos de avaliação.....	49
Procedimento.....	54
Discussão.....	72
Conclusão.....	80
Referências bibliográficas.....	83
Anexos.....	95

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra ($N = 76$).....	48
Tabela 2 - Análise Descritiva das Dimensões do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13) e das Dimensões e Valor Total da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP) em função da Institucionalização.....	58
Tabela 3 - Frequência da Duração dos Sintomas de Ansiedade de Separação do Enlutado, da Disfunção Social e Ocupacional ou em Outras Áreas de Funcionamento e do Diagnóstico de Luto de Prolongado consoante a Situação do Participante ao nível da Institucionalização	60
Tabela 4 - Frequência da Necessidade de Pedir Ajuda consoante a Situação do Participante ao nível da Institucionalização.....	61
Tabela 5 - Frequência relativamente ao Modo como o Enlutado lida com a Perda consoante a sua Situação ao nível da Institucionalização	62
Tabela 6 - Análise Descritiva da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP) em função do Diagnóstico de Luto Prolongado para Participantes Institucionalizados e Não Institucionalizados	64
Tabela 7 - Associação entre as Dimensões referentes ao Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13) e as Dimensões e Valor Total de Bem-Estar Psicológico por Subamostras de Participantes Institucionalizados e Não Institucionalizados	68
Tabela 8 - Diferenças na Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP) em função do Diagnóstico de Luto Prolongado para Participantes Institucionalizados e Não Institucionalizados	71

Lista de Abreviaturas

APA – American Psychological Society

BEP – Bem-Estar Psicológico

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

INE – Instituto Nacional Estatística

ISS – Instituto Segurança Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PG-13 – Instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado

PLCP – Perturbação de Luto Complexo e Persistente

PLP – Perturbação de Luto Prolongado

WHO – World Health Organization

WHOQOL – The World Health Organization Quality of Life

Introdução

O luto ocorre após a perda de uma pessoa significativa e caracteriza-se como uma fase transitória acompanhada por elevados níveis de ansiedade e sentimentos de desconexão com as vivências passadas (Alves, et al., 2018). As respostas às perdas variam e são tendencialmente intensas, manifestando-se através de ansiedade, humor deprimido, falta de interesse no mundo ou em novos relacionamentos

Estudos realizados recentemente Stroebe, et al. (2020) indicam que a perda do cônjuge está associada a um aumento da mortalidade em idosos, especialmente nos primeiros seis meses após o luto. As principais causas incluem doenças cardiovasculares e enfraquecimento do sistema imunológico. Além dos impactos emocionais, o luto está associado a um risco acrescido de declínio cognitivo nos idosos sugerindo que a perda do cônjuge pode acelerar processos neurodegenerativos (Stroebe, et al., 2020)

Segundo, Lundorff, et al. (2017), cerca de 90% da população adulta não representa motivos de preocupação a nível clínico, aceitando a perda como uma realidade e ultrapassando-a gradualmente. Contudo, aproximadamente 10% da população evidencia dificuldades na atribuição de significado e integração da perda (Lundorff et al., 2017). Isto relaciona-se com manifestações de luto prolongado associado a elevado risco de mortalidade e comorbilidade com outras perturbações como depressão e stress pós-traumático (McDevitt-Murphy, et al., 2011). Assim, o luto prolongado diferencia-se do luto normativo pela manifestação e gravidade dos sintomas, que devem durar 6 meses ou mais (Prigerson, 2009).

Considerando que o envelhecimento demográfico constitui uma realidade não só europeia como, com especial evidência, portuguesa, torna-se fulcral analisar esta faixa etária com maior ênfase. Em 2020, segundo os dados do Eurostat, o Índice de Envelhecimento da União Europeia

era de 137,2%, enquanto em Portugal esse valor era de 165,1%, apenas ultrapassado pela Itália que era de 180,9%. Hoje a população com mais de 65 anos representa cerca de um quinto da população europeia (20,7%) e um pouco mais em Portugal (22,3%) (Marques da Costa & Louro, 2023).

A necessidade de apoio e cuidados de saúde nesta fase da vida leva a uma crescente procura de instituições de apoio a idosos. As novas configurações familiares onde, ao contrário de antigamente, homens e mulheres têm um emprego e, por vezes, a longas distâncias da sua residência, bem como a falta de condições económicas, parecem traduzir-se na dificuldade ou impossibilidade das famílias em prestarem cuidados aos idosos e darem resposta às suas necessidades, pelo que tendem frequentemente a recorrer à institucionalização para obterem as respostas e os cuidados necessários e adequados (Machado, 2020). Um dos objetivos da institucionalização é amenizar o impacto dos fenómenos característicos desta fase da vida. Impactos como as dificuldades funcionais do dia-a-dia, carências sociais e o isolamento. Apesar de terem o intuito da promoção da melhoria da qualidade de vida dos idosos, a literatura tem mostrado que por vezes estes objetivos não chegam a ser alcançados na sua totalidade, pois a qualidade da prestação deste tipo de serviço deixa a desejar (Paúl, 2005).

A literatura indica que “o bem-estar psicológico será concebido como uma qualidade de funcionamento que não se constrói por referência ao próprio, mas por referência aos outros e ao mundo, em que a própria descoberta só acontece na relação intersubjetiva, pelo que a esfera do relacionamento interpessoal deverá ser concebida como a matriz de base à construção da identidade pessoal e do bem-estar psicológico” (Novo, 2003). O bem-estar psicológico está intimamente relacionado com dimensões como a autoestima, a satisfação de vida e o ânimo.

Face ao exposto, este estudo tem como principal objetivo verificar se existe uma relação entre a institucionalização dos idosos e o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado. Em concordância com o objetivo geral, estabeleceram-se os objetivos específicos: (1) Analisar a prevalência e os fatores associados ao processo de luto e ao diagnóstico de Luto Prolongado entre idosos institucionalizados e não institucionalizados; (2) Comparar os níveis de bem-estar psicológico e os fatores associados ao processo de luto entre idosos institucionalizados e não institucionalizados; (3) Avaliar o efeito do processo de luto, bem como do diagnóstico de Luto Prolongado, no bem-estar psicológico de idosos institucionalizados e não institucionalizados; (4) Comparar os níveis de bem-estar psicológico em função do diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado.

Enquadramento Teórico

Perda

A experiência de perder, abandonar e desistir tende a ocorrer ao longo da vida do ser humano. Esta condição é permanente e inerente à vida, contudo, é dolorosa e o processo de lamentação é difícil e lento (Kubler-Ross, 2014).

A perda é um tema presente na vida de um indivíduo desde que este nasce. Ao longo do ciclo de vida vamos-nos deparando com diversas perdas, como por exemplo, o término de uma relação afetiva, a perda de um familiar, de um emprego, etc. (Rolim & Canavarro, 2001).

Segundo Bowlby (2004) a perda é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer, pois ela é penosa não só para quem a experimenta como também para quem a observa, devido ao sentimento de impotência para ajudar.

A perda implica, desta forma, a privação de alguém, de algo tangível ou intangível e que impulsiona reações afetivas, cognitivas e comportamentais (Barbosa, 2010). Torna-se, desta forma, um fenómeno universalmente conhecido e vivido por todos os seres humanos. Contudo, a perda que mais sofrimento poderá trazer ao ser humano e é intensamente mais dolorosa diz respeito à morte de uma pessoa amada, em que apenas a volta da pessoa perdida poderá trazer o verdadeiro conforto (Bowlby, 2004).

Para a autora Kubler-Ross (2014) este é um conceito muito amplo e pode estar relacionado com a perda do objeto, seja este uma pessoa querida por meio da separação, por meio da morte, perda de status, ou valores atribuídos, por exemplo, a perda do emprego, habitação ou alguma posição social de modo a causar uma rutura de identidade para o indivíduo.

O *Journal of Loss and Trauma*, define perda como “uma grande redução de recursos, quer sejam pessoais, materiais ou simbólicos, aos quais a pessoa era afeiçãoada”. A experiência

de perda envolve a interação entre fatores situacionais/contextuais e o quadro de referência da pessoa (Gatchel, et al., 2002). Uma perda significativa para a pessoa envolve uma ruptura na coerência da narrativa de vida e no sentido de identidade pessoal (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001).

O tipo de perda mais focada na literatura do luto é a perda relacional, precisamente pelo impacto que estas têm na pessoa que as vivencia. Vários autores têm sistematizado os fatores que determinam a forma como as pessoas reagem a perdas relacionais ou interpessoais, assim como proposto modelos acerca do processo de ajustamento psicológico às mesmas (e.g. Parkes, 1998; Worden, 2005, Sanders, 1999).

A perda de alguém importante é das transições mais dolorosas na vida e tem frequentemente um impacto profundo na identidade e na compreensão cognitiva do mundo (Nolen-Hoeksema & Davis, 2002). No âmbito das relações de vinculação, Bowlby (1980) salienta que “ para o enlutado nada a não ser o regresso da pessoa perdida pode trazer verdadeiro conforto.”

Este processo está presente em todo o ciclo vital, na medida em que a perda física das pessoas que amamos é uma inevitabilidade à qual estamos sujeitos. Frequentemente, no processo de reorganização pessoal, o enlutado experimenta a transformação desse vínculo físico numa presença simbólica (Neymeyer, 1998).

Segundo Mira (1998), os enlutados enfrentam desafios consideráveis no retomar das atividades diárias e na tomada de decisões, frequentemente acompanhados de perguntas sobre a experiência do sofrimento. Esse período é marcado por dificuldades e uma angústia proeminente, devido à incapacidade de lidar com o mal-estar, o medo e a insegurança que surgem após a perda. O autor descreve o luto como um "intenso sofrimento emocional causado pela perda de

uma pessoa querida, um desastre, uma mágoa adulta ou uma tristeza profunda" (Mira, 1998, p.12), o que pode levar a diversas reações psicológicas, incluindo ansiedade e depressão.

Combinato e Queiroz (2006) ressaltam que a perda de um ente querido, especialmente de um cônjuge, implica o rompimento de um vínculo, muitas vezes percebido como a perda de uma parte de si mesmo. Caterina (2007) também enfatiza que a perda de um ente querido é uma das experiências mais dolorosas para o ser humano.

Além disso, Carvalho (2006) aponta que o rompimento de uma relação ou a perda desencadeiam sentimentos e comportamentos que podem levar o enlutado a um período de desorganização e frustração. Caterina (2007) sugere que há uma suposição de que uma pessoa saudável e sem problemas psicológicos pode superar o período de luto de maneira mais rápida e completa.

O significado da morte varia de pessoa para pessoa, influenciado por suas experiências individuais e culturais. Para alguns, a morte é uma realidade constrangedora e extremamente dolorosa, que evidencia a finitude da vida, enquanto para outros, pode ser vista como um reencontro futuro após a morte (Singh & Nizamie, 2003, citados por Carvalho, 2006).

O processo de luto exige uma mudança nos esquemas mentais e nas cognições de cada indivíduo (Kubler-Ross, 2014), refletindo a profundidade e a complexidade das reações humanas diante da perda.

A ausência do cônjuge traz sensações profundas de insegurança, inabilidade e desproteção para o enlutado. A falta do parceiro obriga o cônjuge sobrevivente a lidar com a solidão e a ausência de alguém para compartilhar a vida. O sobrevivente pode sentir-se incapaz de realizar tarefas habituais e de encarar a vida, sendo o pesar tão intenso que, por um tempo, se

perde o contato com qualquer recurso de enfrentamento, fazendo com que tudo pareça uma dificuldade insuperável (Leão & Andrade, 2008).

Para compreender a intensidade da perda pela morte do cônjuge, é importante lembrar que a identidade do casal se forma a partir da partilha recíproca de emoções, sentimentos, valores, opções e cumplicidades (Biscaia, 2010). Devido à profundidade e singularidade dessa ligação, a crise da viuvez é sentida como um despojamento não apenas do cônjuge, mas também da própria identidade do sobrevivente (Biscaia, 2010). O pesar da perda pode variar em intensidade, sendo forte ou fraco, breve ou prolongado, imediato ou adiado (Prizentelli, 2008).

A recuperação de um novo equilíbrio ocorre através da elaboração do luto, que passa por fases sucessivas desde a descrença até a aceitação (Biscaia, 2010). Durante esse período, que não é linear e varia de caso para caso, podem ocorrer várias alterações no cotidiano e comportamento do enlutado, como choque, tristeza, raiva, culpa, ansiedade, medo, fadiga e solidão. Em alguns casos, podem ser observados comportamentos específicos, como distúrbios do sono e do apetite, isolamento social, choro, procura ou evitamento do falecido, geralmente em lugares e objetos que trazem lembranças (Biscaia, 2010).

Alguns autores, como Biscaia (2010) e Gameiro (1988), referem que a viuvez pode ser entendida tanto como um risco quanto como uma oportunidade. É uma oportunidade na medida em que pode despertar novas potencialidades latentes na pessoa viúva, devido à necessidade de assumir novos papéis, seja na burocracia social (pagamento de impostos, tratamento e pagamento de seguros) ou nas tarefas domésticas. Contudo, é um risco na medida em que confronta o indivíduo com seus próprios limites e a realidade atual, podendo levar à depressão, caracterizada pela recusa de ajuda, inatividade e irresponsabilidade perante a vida e suas exigências.

Assim, a morte do cônjuge apresenta-se no idoso como um dos maiores desafios emocionais enfrentados na velhice (Galicioli et al., 2012), representando como um vazio, como se uma parte do indivíduo deixasse de existir, permanecendo na memória e no coração dos familiares e amigos (Turatti, 2012).

Envelhecimento

O envelhecimento ocorre de forma acelerada e global, sendo que, este fenômeno deve ser considerado um dos mais preocupantes da atualidade. O envelhecimento mundial deve-se sobretudo, ao aumento da longevidade e da esperança de vida da população idosa e à redução da natalidade e da mortalidade. Fatores considerados positivos, mas que, paradoxalmente, geram uma série de consequências complexas e de difícil solução, tornando as demandas relacionadas ao envelhecimento mundial um desafio emergencial de saúde pública (Cabral et al., 2013, OMS, 2017).

Em Portugal, o envelhecimento demográfico é um dos mais acentuados da Europa, com uma proporção crescente de pessoas idosas na população total (PORDATA, 2023). Portugal, atualmente, é o terceiro país mais envelhecido da União Europeia, sendo que, apresenta um aumento significativo no número de adultos mais velhos. Como em outros países da Europa, tem-se registado em Portugal, profundas transformações demográficas que necessitam propostas e soluções (INE, 2022).

Assim, Portugal enfrenta um célere processo de envelhecimento demográfico. Os dados obtidos através dos Censos de 2021 evidenciaram que a população com 65 ou mais anos já representa 23,4% do total, um número superior à soma das faixas etárias compreendidas entre os 0 e os 14 anos (12,9%) e entre os 15 e os 24 anos (10,5%) (INE, 2022). Esta proporção coloca Portugal como o quarto país com a população mais envelhecida a nível mundial. Em 2021, a

relação entre jovens e pessoas idosas atingiu 182 idosos por cada 100 jovens (PORDATA, 2023), destacando a inversão da pirâmide etária tradicional.

Os fatores que contribuem para este fenómeno prendem-se com o aumento da esperança média de vida e os baixos níveis de fecundidade, agravados pelos movimentos migratórios (Bravo, 2017). Nas últimas décadas, a fecundidade em Portugal tem diminuído e, apesar das projeções de um aumento até 2060 (de 1,21 em 2013 para 1,44), este não será suficiente para uma renovação das gerações (Bravo, 2017).

As definições de envelhecimento são diversas, variando conforme as perspetivas históricas e os referenciais teóricos nos quais se fundamentam. Assim, o envelhecimento é um processo muito diferenciado de pessoa para pessoa, uma vez que é uma fase da vida que é influenciada por diferentes modos de experimentação das vivências (Fonseca e Paúl, 2008).

Por conseguinte, pode definir-se o envelhecimento como um período do ciclo de vida em que as características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) mudam de uma forma relacionada entre si, orientando-se para a construção de uma imagem de si mesmo como idoso, imagem esta que se diferencia daquela que era feita enquanto adulto. Salienta-se então o facto de o processo de envelhecimento envolver três componentes: o envelhecimento biológico, associado a perdas progressivas das capacidades funcionais de forma normal, ou seja, de uma vulnerabilidade crescente que podemos chamar de senescência; o envelhecimento social, relacionado com os papéis sociais que a sociedade perspetiva para essa faixa etária; o envelhecimento psicológico, que envolve o processo de tomada de decisões do indivíduo para se adaptar ao processo de senescência e envelhecimento (Schroots e Birren, 1980, cit. in Paúl, 2005).

Sendo um processo natural ao longo da vida o envelhecimento não pode ser visto como ausência de saúde ou início da doença. Envelhecer é um fenómeno normal e universal, que tem associado fatores externos como o estilo de vida e fatores ambientais bem como fatores internos como o código genético e o estado de saúde (Pinto, et al., 2007)

Ressalta-se, portanto, que o processo de envelhecer implica uma variedade de modos e contextos que, de forma multidimensional, acabam por determinam o próprio envelhecimento, tanto em sua dimensão populacional, quanto em sua dimensão individual. O envelhecimento deve ser pensado de modo pluralista e contextualizado, referido a heterogeneidade de cada indivíduo (Pocinho et al., 2015).

Tem sido desenvolvida uma maior preocupação pela qualidade do processo de envelhecimento vivido e pelas práticas necessárias para prestar tais cuidados exigidos por esta parcela da população. Ideias como a qualidade de vida, o envelhecimento ativo e o envelhecimento saudável receberam destaque com esta transformação na sociedade contemporânea.

A *World Health Organization* [WHO] (2002) define envelhecimento ativo como “o processo de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem”. Ou seja, permite ao ser humano atingir o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e a participar na sociedade. A alusão ao conceito “ativo” expressa que o idoso continua a participar em assuntos sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos, e não apenas a ser fisicamente ativo (WHO, 2002). Deste modo, é de ressaltar que o envelhecimento bem-sucedido passa pela preservação de um estilo de vida saudável, o que contribui para a diminuição da probabilidade de ocorrer um desenvolvimento patológico, o que se baseia na adoção de um estilo de vida

apropriado à idade e às suas limitações (Baltes & Baltes, 1990). Ambos os conceitos são utilizados com o mesmo significado, pois salientam a importância da qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, bem como a manutenção da autonomia física, psicológica e social (Ribeiro & Paúl, 2011).

Na perspectiva de Baltes e Baltes (1990) o modelo SOC (Seleção-Otimização-Compensação) permite ao idoso atingir um envelhecimento bem-sucedido. O modelo SOC é composto por três mecanismos interativos, a seleção, a otimização e a compensação, que podem ser utilizados ao longo da vida. Assim sendo, a seleção passa por definir objetivos pessoais de acordo com as capacidades e motivações de cada indivíduo; a otimização diz respeito, como o nome indica, à otimização das capacidades na realização dos objetivos selecionados anteriormente; e a compensação envolve a utilização de mecanismos internos e externos que compensem as perdas, contribuindo para a realização dos objetivos (Baltes & Baltes, 1990). Contudo, segundo os autores Ribeiro e Paúl (2011), na fase mais tardia da vida, tende a existir um predomínio de compensação das perdas, especialmente com recurso a outras aprendizagens e práticas, menos dependentes das capacidades biológicas, já que estão a diminuir, de modo a facilitar a eficácia do desenvolvimento.

Por sua vez, o conceito de qualidade de vida no envelhecimento foi ganhando importância ao longo dos anos, tendo conseqüentemente crescido o número de estudos que contribuem para a construção do constructo. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (The WHOQOL Group, 1998), a qualidade de vida integra a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, dentro do contexto, cultura e valores em que está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O respetivo conceito focava-se, anteriormente, nos fatores externos que podiam ter impacto na vida do indivíduo, mas foi

evoluindo mediante as necessidades da sociedade. Tornou-se, portanto, importante transgredir a doença, os seus sintomas e a mortalidade visando o aumento da expectativa de vida (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

Para Correia (2014), a qualidade de vida está implicitamente ligada a um envelhecimento bem sucedido, que se traduz, na autonomia física, psicológica e social dos idosos. A qualidade de vida e a satisfação dos idosos muda na medida em que os fatores determinantes do envelhecimento ativo variam, como é o caso dos serviços sociais e de saúde, características comportamentais, meio físico, características sociais e económicas, porém o estilo de vida adotado pelas pessoas, a posição social, a idade ou o sexo, são outros fatores de que vai depender a qualidade de vida dos idosos (Correia, 2014).

A qualidade de vida está subordinada aos fatores acima descritos e à percepção do indivíduo sobre si próprio e à sua vida, destacando-se que para a população entre os 65 a 74 anos esta relaciona-se com o seu enquadramento familiar e social, enquanto para o indivíduo com mais de 75 anos a respetiva relaciona-se com a doença e suas consequências a nível funcional (Carneiro, et al., 2012).

Desta forma, a qualidade de vida para a população idosa associa-se ao seu bem-estar e ao envelhecimento com qualidade, sendo que, para tal é incitado a sua participação social. Rentabilizando da melhor forma possível o potencial dos idosos, minimizando as alterações no seu dinamismo social, permitindo a promoção e a reconstrução de uma rede de social e de interação com outros indivíduos (Margarida, 2013).

Por conseguinte, o envelhecimento da população, faz emergir uma questão prioritária: sendo evidente que a esperança média de vida está a aumentar, será sinónimo do aumento da qualidade de vida na população idosa?

Institucionalização

Neste seguimento e como marca do envelhecimento, uma das principais marcas deste processo é, sem dúvida, a admissão do indivíduo idoso numa instituição. O envelhecimento demográfico tem crescido de forma exponencial, criando desafios e exigindo a implementação de novas respostas sociais que considerem a diversidade e complexidade dos idosos, a sua situação e necessidades específicas. No entanto, as respostas sociais atuais destinadas aos idosos enfrentam sérios problemas na sua estrutura e conceção, uma vez que as medidas existentes não são suficientes em termos de quantidade nem de variedade. Isto resulta em longas listas de espera e num processo pouco transparente na seleção das pessoas que irão beneficiar dessas respostas sociais (Daniel, 2009).

Segundo Almeida (2008), “o problema social que decorre do envelhecimento populacional e particularmente do aumento do número de idosos, tem também origem nas alterações que ocorrem a nível social e ao nível da própria estrutura das relações familiares”. (p.78) Deste modo, ainda que exista em Portugal a tradição familiar de cuidar dos mais velhos, a verdade é que a vida atual, com a entrada das mulheres (principais cuidadoras) no mercado de trabalho, com a migração dos mais jovens e, com famílias cada vez menores, criou a necessidade de partilhar a responsabilidade de cuidados para outras instituições e com o estado.

Por conseguinte, os fatores que levam uma pessoa à institucionalização, trazem, via de regra, a rotura com a vida anterior, nomeadamente no que concerne à funcionalidade e autonomia, e vão ser potenciados com a entrada na instituição. A institucionalização é entendida como um duplo processo. Por um lado, como recurso a serviços sociais de internamento de idosos em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência. Por outro, como vivência de

perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional (Cardão, 2009).

O autor Costa (2002) descreve que muitos idosos escolhem a institucionalização para ter uma relação de apoio e proteção com o objetivo de se sentirem em segurança. No entanto, é necessário assegurar a qualidade da instituição para que assim, esta passe a ser a rede de suporte formal substituindo de alguma forma a rede de cuidados informais (família). Do ponto de vista do idoso a sua ida para a instituição vai fazer com que exista uma quebra nos laços de família, amigos e vizinhos.

As estruturas residenciais para os idosos surgem para responder ao progressivo envelhecimento demográfico, à longevidade crescente, às condições de vida favoráveis ao aumento da esperança média de vida e às necessidades de contribuir para o bem-estar e autonomia da faixa populacional mais idosa, no sentido de manter a satisfação das suas necessidades fundamentais (Bernardo, 2019).

Com base na legislação portuguesa (Portaria nº 67/2012 de 21 de março), considera-se lar de idosos, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A maioria dos lares de idosos em Portugal pertencem a IPSS com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, não podendo ser administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico (Simões, 2013).

Como tal, é de realçar que faz parte dos objetivos de estruturas residenciais proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam

preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social (Portaria nº 67/2012, de 21 de março).

Segundo, o Manual de Boas Práticas do Instituto da Segurança Social, guia para o acolhimento residencial para pessoas mais velhas, a prioridade das estruturas foca-se em implementar a ideia do envelhecimento ativo e saudável, como fator da possibilidade de a pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de se bastar a si própria, no seu meio natural de vida, ainda que com recurso a pequenas ajudas (ISS, 2005). Porém, esta resposta social deverá também dar resposta a situações em que as pessoas idosas se encontrem em condições de acentuada dependência que não encontram respostas, normalmente por inexistência ou insuficiência de meios económicos, de maneira a colmatar as respetivas incapacidades. Torna-se, por isso, frequente a necessidade do recurso a respostas sociais, em que se inclui o alojamento em estrutura residencial, a título temporário ou permanente.

Segundo o autor Vieira (2017), torna-se fulcral que a vivência em lar não se traduza numa ameaça à singularidade ou à perda de identidade dos indivíduos. Posto isto, os lares devem garantir ao idoso uma vida confortável, nomeadamente através da prestação de cuidados e serviços para a satisfação das suas necessidades, respeitando sempre que possível a sua independência, com vista à manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas (Diogo, 2016).

Neste seguimento, o processo de institucionalização possui uma vertente positiva, na medida em que o idoso recebe uma melhor e maior assistência dos recursos dos serviços sociais (Cardão, 2009). Todavia, analisando as perspetivas do processo de institucionalização pelo idoso e pela família, verifica-se uma visão habitualmente dicotómica desta nova realidade que se traduz em desconfiança versus confiança (Oliveira, 2014). Isto é, para o idoso, a entrada no meio institucional implica ter de lidar com desconfiança e angústia proporcionada pelo sentimento de

mudança, pautando-se o confronto com esta nova vida pelo aparecimento de medos (Cardão, 2009) nomeadamente, o de ser maltratado, de ser desrespeitado na sua integridade física e psicológica, da perda de liberdade e de ser abandonado pela família (Oliveira, 2014). Contudo, segundo Cardão (2009), os familiares idealizam que o internamento irá proporcionar-lhes mais convívio e melhor tratamento ao nível dos cuidados básicos e da saúde.

A pessoa idosa vai ter de se familiarizar com um conjunto de situações novas como: um novo espaço, novas rotinas, pessoas que até então não conhece e com quem vai ter de partilhar a sua vida. (Almeida, 2008)

O autor Almeida (2008) refere ainda que, no processo de mudança para um lar de idosos, se a interação do conjunto de fatores durante a institucionalização não tiver sucesso, o processo de institucionalização exercerá uma influência negativa no seu bem-estar.

Um aspeto relevante quando o idoso é institucionalizado é a sua respetiva adaptação. Implica que haja um processo cuidadoso, dependendo da pessoa que é, e com que vontade foi para a instituição. Ou seja, se o idoso foi contra vontade ou foi porque não havia mais nenhuma opção, poderão existir desajustes que serão negativos para o indivíduo (Carvalho & Dias, 2011). Deste modo, para que haja uma melhor adaptação, as relações internas e externas são de grande importância, de modo a que o idoso não se sinta sozinho nem abandonado.

Em suma, a qualidade e a frequência das relações interpessoais são primordiais para o bem-estar das pessoas institucionalizadas. Quanto mais integradas e satisfeitas com a qualidade e quantidade dos seus relacionamentos, melhor o seu estado de saúde. Ainda que a rede de relacionamentos dos idosos tende a diminuir nesta fase das suas vidas (Cabral et al, 2013).

Luto

O luto, cuja palavra tem origem no latim, remete o seu significado para dor, mágoa e lástima, sendo considerado uma resposta normativa e natural quando perdemos alguém. O processo de luto deve ser entendido como uma reação emocional à perda de uma pessoa significativa, com quem é partilhado um vínculo emocional particularmente forte, incluindo as figuras de vinculação e cuidadores (Nakajima, 2018).

Sendo que, o luto normal assenta em reações psicológicas graves como angústia, raiva, choque, que vai evoluindo para uma fase mais integrativa um ano após a morte, não sendo uma condição patológica e, como tal, não requer uma intervenção específica (De Stefano et al., 2020). A maioria dos indivíduos que perde um ente querido normalmente adapta-se a essa nova realidade num período de seis a doze meses e, posteriormente, desenvolve um novo senso de normalidade nas suas vidas (Gesi et al., 2020).

Ao longo dos anos, vários autores contribuíram com a sua interpretação acerca do processo de luto. Destacando-se Freud que sustenta a teoria de que após a perda de um ente significativo, o indivíduo passa por uma fase em que se encontra mais hostil, deprimido e este estado só consegue ser ultrapassado quando o enlutado consegue reduzir a ativação emocional e fisiológica. Sendo que, deve transferir a sua energia para um novo objeto, quebrando o “laço” com o falecido e investindo em novos relacionamentos. Só assim, o processo de luto está completo ficando o ego livre e pronto para investir noutra relação.

Deutsch em 1937 defendeu que um indivíduo que não experiencie o luto, ou seja, uma ausência deste processo após uma perda, poderá ser um indicador de psicopatologia reforçando assim a importância de levar o luto até ao fim. Portanto, enquanto a libido ou a vinculação inicial

persistir, a dor continua a aumentar e vice-versa. Uma vez que, a relação de vinculação permanecerá enquanto o processo efetivo de luto não for concluído.

Do ponto de vista de Parkes (1971), o luto pode ser comparado a uma transição psicossocial e este processo é essencialmente uma emoção que nos conduz em relação a algo/alguém que nos faz falta. Assim, cada enlutado vivencia o luto de forma singular considerando duas vertentes: as perdas e os ganhos. Portanto, as mudanças severas que ocorrem ao longo da vida são aquelas que pressupõem uma reestruturação das concepções que as pessoas possuem acerca do mundo. Estas transições psicossociais podem ser duradouras e completas ou a curto prazo dependendo muito das circunstâncias da mudança.

Segundo alguns autores (e.g. Bowlby, 1980; Kubler-Ross, 1997), o luto normal é constituído por diferentes fases, sendo que os enlutados as devem vivenciar: negação, saudade, raiva/zanga, depressão e aceitação (Barreto et al., 2008). No entanto, realçam ainda que este processo não é linear, mas sim composto por fases fluídas e sobrepostas que variam de indivíduo para indivíduo. Assim, estes estádios devem ser considerados apenas como diretrizes gerais e não prescrever a forma como cada indivíduo “deveria” lidar com este processo (Shuchter & Zisook, 2010).

Contudo, dadas as evidências de que o luto se processa de forma desorganizada, começaram a surgir críticas quanto à sua concepção como uma progressão de fases surgindo novos modelos (Carqueja, 2017). Deste modo, surge o Modelo de Processo Dual de Stroebe & Schut (2007). A estrutura apresentada pelos autores define uma série de componentes-chave relacionados ao confronto com a perda, nomeadamente: os stressores (a causa pelo qual o processo de confronto com a perda deve ser acionado); os processos de avaliação (avaliação de

ameaça); e as variáveis de resultado (e.g., índices de saúde mental e física) (Stroebe & Schut, 2007).

O modelo define duas categorias de stressores associados ao luto: aquelas que são orientadas para a perda e as que são orientadas para a reestruturação, que conseqüente englobam diferentes estratégias de *coping* (Stroebe & Schut, 2007). Assim, conseqüentemente, o processo de luto é contextualizado como uma articulação dinâmica e interdependente, entre dois tipos de *coping*: o *coping* orientado para a perda e o *coping* orientado para o restabelecimento. O primeiro, diz respeito ao trabalho de luto, a invasão da dor, a quebra de laços, o choro, a negação, o evitamento e a ruminação. O segundo, diz respeito ao dar resposta às mudanças da vida, retomar as tarefas, fazer coisas novas, extravio da dor e o estabelecimento de novos papéis e novas relações. Numa visão geral, o modelo postula um processo de luto oscilatório, que é saudável e necessário, ou seja, as reações à perda poderão ser mais ou menos intensas com o passar do tempo e o enlutado vai apresentando, de forma oscilatória, comportamentos orientados para a perda ou comportamentos orientados para a reintegração num novo contexto de vida, que é a sua elaboração e adaptação à perda (Stroebe & Schut, 2007).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Worden (1980) descreveu algumas tarefas que contribuem para um normal processo de luto. A primeira tarefa consiste na aceitação da realidade da perda. Isto porque após a situação de perda existe uma sensação de irrealidade e descrença que exemplifica a necessidade de encontrar a pessoa perdida. Algumas pessoas enlutadas recusam-se a acreditar que a morte é real (negação) e ficam pela primeira tarefa. Esta negação pode ser praticada em diferentes níveis e ter diferentes formas, mas na maior parte das vezes envolve os factos, o significado ou a irreversibilidade da perda. A realização da segunda tarefa diz respeito a experienciar e processar a dor, esta tarefa implica o processamento da dor e,

se tal não acontecer, o luto pode vir a manifestar-se sob a forma de um sintoma somático ou reaparecer após uma perda subsequente sob a forma de reação de luto atrasado ou suprimido. Nem todas as perdas evocam o mesmo tipo de resposta emocional mas podem manifestar-se sentimentos como tristeza, raiva, culpa, ansiedade e solidão persistente. A terceira tarefa consiste numa adaptação ao novo ambiente e até mesmo a uma nova realidade. Esta adaptação tem diferentes significados, dependendo da relação que existia com a pessoa perdida e os diferentes papéis que esta desempenhava. A última tarefa remete o enlutado a reinvestir noutras relações permitindo-lhe atravessar o luto e continuar a sua vida após a perda. Para muitas pessoas esta é a tarefa mais difícil de ultrapassar uma vez que encaram a perda como algo muito doloroso. A pessoa falecida nunca está fora da vida do indivíduo mas necessita de ser colocada num lugar onde possa ser recordada deixando espaço para o sobrevivente prosseguir com a sua vida e estabelecer outras relações.

Ainda sobre o modelo anterior, Worden (2013) agrupou as manifestações dos enlutados em quatro categorias que compõem o quadro habitual ao luto: as sensações físicas, os sentimentos/emoções, os comportamentos e as cognições. As sensações físicas na generalidade, passam por: hipersensibilidade ao barulho, vazio no estômago; aperto no peito; fadiga; falta de ar; “nó” na garganta e boca seca; fraqueza muscular; e despersonalização (sensação de estar fora do corpo). (Worden, 2013). Os sentimentos/emoções, manifestam-se essencialmente por: tristeza, raiva, culpa, choque, ansiedade, solidão, alívio (que geralmente é acompanhado por culpa) e a saudade, que geralmente perdura para a vida. Quanto às cognições, embora os pensamentos relacionados à perda tendam a desaparecer com o tempo, alguns poderão persistir gerando depressão ou problemas de ansiedade, como por exemplo, a descrença e a negação, a confusão e a ruminação. Relativamente aos comportamentos, poderão ocorrer: distúrbios do

sono, devendo existir um cuidado em perceber se estes persistem, pois poderão indicar um quadro depressivo mais sério (luto patológico); alterações no apetite, agitação motora e sonhos persistentes, geralmente com a pessoa falecida. O isolamento social é também frequente (Worden, 2013).

Luto Prolongado

Como referido anteriormente, o luto é uma reação comum ao sentimento de perda e é considerado uma resposta fisiológica e instintiva do ser humano. O luto 'normal' evolui para uma fase integrada dentro de 1 ano após a morte, e é uma condição não patológica não requerendo por isso intervenções terapêuticas específicas. Quando a fase integrada não ocorre, o indivíduo pode ter manifestações patológicas relacionadas com o luto.

A Perturbação de Luto Prolongado (PLP) é caracterizada por reações de luto severas e incapacitantes por um longo período após a perda de uma pessoa significativa (Rosner et al., 2021). Esta perturbação é ainda definida por dor emocional, dificuldade em aceitar a morte, evitamento de lembranças, entorpecimento emocional, amargura, perda de confiança, falta de sentido ou sensação de que a vida não tem um propósito e dificuldade em retomar atividades, persistindo após a perda, comprometendo diversas áreas do funcionamento, como o pessoal, familiar, educacional, ocupacional, entre outros (World Health Organization [WHO], 2019).

Assim sendo, segundo Prigerson e colaboradores (2009) os critérios para Perturbação de Luto Prolongado (PLP) foram incluídos e atualizados no DSM-5 (APA, 2014) para Perturbação de Luto Complexo e Persistente (PLCP) e dizem respeito: a) a morte de uma pessoa próxima do enlutado ter ocorrido pelo menos há 12 meses; b) desde a morte, desenvolveu-se uma resposta de luto persistente, caracterizada por uma angústia intensa em relação à separação, associada a preocupação com pensamentos ou memórias da pessoa falecida; c) desde a morte, pelo menos

um dos seguintes sintomas estar presente: ruptura de identidade, sentimento marcado de incredulidade em relação à morte, evitamento de situações que lembrem que a pessoa morreu, dor emocional intensa ou anestesia emocional, dificuldade em retomar atividades e relações após a perda, sentimento de “falta de sentido” na vida, solidão intensa resultante da morte; d) estes distúrbios causam angústia ou incapacidade clinicamente significativa na vida da pessoa (i.e. social, ocupacional, ou outras áreas importantes para o funcionamento); e) a duração e severidade da reação e luto excede claramente as normas sociais, culturais ou religiosas da cultura da pessoa e seu contexto.

Através de uma análise mais introspectiva destes critérios, facilmente se detetam algumas semelhanças com o Modelo Dual de Processar o Luto, especialmente no quarto critério que engloba aspetos centrais da orientação para a perda, por exemplo. É o caso da não aceitação da perda ou da saudade imensa da pessoa falecida. Isto devido ao Modelo Dual de Processar o Luto fornecer uma explicação para possíveis perturbações observadas no movimento de oscilação. Assim, a centralidade dos aspetos vinculativos no conjunto dos sintomas parece apontar para a influência destes na vulnerabilidade para a Perturbação Prolongada do Luto.

Segundo Barbosa (2010), no luto psicopatológico (i.e., prolongado) os indivíduos organizam a sua reação à perda sob a forma de diferentes quadros sintomáticos correspondendo a manifestações psicopatológicas típicas dando origem a diferentes tipos, nomeadamente: melancólico; maníaco; paranóide; histérico; hipocondríaco; obsessivo; fóbico; ansioso; pós-traumático; borderline; aditivo e somatoforme. Deste modo, o mesmo autor Barbosa (2010) sintetiza os fatores de risco de luto prolongado nos indivíduos adultos em cinco dimensões: Circunstâncias da perda; Vulnerabilidade pessoal; Natureza da relação com o indivíduo perdido; Apoio familiar e social e Insatisfação com os cuidados de saúde.

Assim, Parkes (1998) corrobora que ausência do cônjuge traz sensações pessoais de insegurança, inabilidade e desproteção. A falta do outro, submete o cônjuge sobrevivente a lidar com o sentimento de solidão, e a falta de alguém para compartilhar o cotidiano. O sobrevivente sente-se incapaz de realizar tarefas habituais, de encarar a vida. Por consequência, o pesar torna-se tão intenso por um tempo que se perde o contato com qualquer recurso de enfrentamento da circunstância, e tudo é vivido como dificuldade.

Devido ao alcance e singularidade da vinculação simétrica que se traduz na identidade do casal formada a partir da partilha recíproca de emoções, sentimentos, valores, opções e cumplicidades, a crise da viuvez é sentida como um despojamento não só do cônjuge, mas da própria identidade daquele que lhe sobrevive (Biscaia, 2010).

No envelhecimento, existem processos de perda com os quais a pessoa idosa se depara. A perda afetiva é um processo doloroso, em que se enfrenta uma privação face ao falecimento do companheiro(a) de uma vida, sendo que esta passa a viver um estado permanente de viuvez, condicionando a sua vida pessoal, emocional e social. O isolamento social pode ser uma reação à dor sentida pela perda de um vínculo que representava uma fonte de suporte social.

Considerando as perdas existentes na terceira idade, podemos verificar que se não forem geridas de forma positiva e saudável, poderão levar a representações e atitudes negativas relativamente à velhice e a si próprio.

Os idosos são especialmente vulneráveis ao desenvolvimento de luto prolongado devido a uma série de fatores, entre os quais o isolamento social, isto é, no processo de envelhecimento, muitos idosos experienciam uma diminuição das suas interações sociais, seja por se reformarem, pela perda de amigos e familiares ou por dificuldades de mobilidade. Este isolamento pode intensificar o sentimento de solidão e desamparo, dificultando o processamento saudável do luto

(Lima & Pimenta, 2015). Os idosos frequentemente enfrentam múltiplas perdas num curto período, como a morte de cônjuges, amigos ou filhos. Essas perdas sucessivas podem sobrecarregar a capacidade de adaptação e intensificar a dor do luto (Bento & Silva, 2014). As condições de saúde física e mental, como doenças crônicas, depressão ou demência, podem agravar os sintomas do luto e dificultar igualmente o processo de recuperação (Ferreira, 2017).

Neste seguimento, entende-se que a perturbação de luto prolongado acarreta riscos elevados para a saúde mental e física do enlutado (Prigerson et al, 2009), tendo sido identificado um grande risco de sofrimento e disfuncionalidade. O desenvolvimento de um luto complicado, também designado por prolongado, pode afetar cerca de 10 a 20% da população enlutada (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2012)

Bem-estar psicológico

Deste modo, torna-se importante salientar o bem-estar psicológico, entendido como um construto multidimensional baseado na percepção que a pessoa possui, tanto a nível emocional como social, em relação aos desafios que a vida lhe apresenta. Uma vez que, no luto prolongado sobrevém um aumento de manifestações que prejudicam a vida social e o bem-estar do indivíduo que perdeu o seu ente querido (Filho, 2017).

Através da literatura, é possível identificar que existem diferenças entre o conceito de bem-estar psicológico e o bem-estar subjetivo. Assim, segundo Ryff (1989) o bem-estar psicológico refere-se a um campo de estudo que integra os conceitos de autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal. Por sua vez, o bem-estar subjetivo, é um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, que abrange outros conceitos e domínios de estudo como a qualidade de vida e o afeto (Galinha, 2006).

O bem-estar psicológico define-se como um construto que enfatiza aspetos do funcionamento humano que conseqüentemente conduzem a um funcionamento positivo e adaptativo e não uma mera ausência de estados adversos (ansiedade, doença física). (Ryan & Deci, 2001). Portanto, engloba aspetos perceptivo-cognitivos e afetivo-emocionais e está fortemente relacionado com a personalidade (Novo, 2003; Ryff, 1989a,b; Ryff & Keyes, 1995).

Por consequência, a convergência de múltiplos quadros de funcionamento positivo serviu de base teórica para que a autora Caroll Ryff criasse um modelo multidimensional do construto que, atualmente, é o mais utilizado nas investigações realizadas acerca do bem-estar psicológico (Ryff, 1989a). Assim, este modelo operacionaliza o construto em seis componentes essenciais: autoaceitação (atitudes positivas que o sujeito deve possuir), relacionamento positivo com os outros, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal. Indivíduos com bem-estar psicológico reconhecem o seu próprio potencial, apresentando-se disponíveis para viver novas experiências que contribuam para o seu desenvolvimento, seja esta emocional ou social e possuem maior capacidade de superação de dificuldades (Resende & Neri, 2009). Ainda assim, segundo a autora, ao longo da vida estas dimensões vão sofrendo alterações, uma vez que os desafios e tarefas apresentados aos indivíduos vão variando consoante a idade (Ryff, 1995; Keyes, & Ryff, 1995).

Desta forma, “a avaliação positiva e aceitação de si, um sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa, a crença de que a vida é importante e significativa, o estabelecimento de relações positivas com os outros, a capacidade para gerir a vida própria e as exigências externas como eficácia e um sentido de determinação face à realização de objetivos pessoais, constituem as vias de construção do bem-estar psicológico e refletem, naturalmente, os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de

vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro” (Fonseca, 2004).

Neste seguimento, para se obter um bem-estar psicológico é necessário que o indivíduo detenha uma autoestima positiva, relacionamentos positivos com os outros e propósito na vida. É ainda essencial que, por meio do seu conhecimento pessoal, seja capaz de desenvolver o próprio potencial e que crie/escolha ambientes adequados à sua condição (física e psíquica), autodeterminação e independência (Xiang et al., 2019).

O bem-estar psicológico tem sido alvo de estudo em população idosa, uma vez que se entende como um indicador do envelhecimento bem-sucedido e de saúde no avançar da idade (Ryff, 1989b). Andrew, et al., (2012) descobriram que o crescimento pessoal, o domínio ambiental, as relações positivas e a autoaceitação estavam associadas à fragilidade em pessoas com idade igual ou superior a 70 anos, tendo sido evidenciada uma associação positiva entre o bem-estar psicológico e a saúde.

Como supramencionado, o processo de envelhecimento é marcado por diversas transformações na vida do sujeito, sendo estas de ordem biológica, psicológica e social. De acordo com Resende e Neri (2009) o bem-estar psicológico tende a ser diretamente afetado pelo declínio das capacidades cognitivas do indivíduo. O processo de interação social e a forma como essa dimensão é vivenciada, interfere na vivência de bem-estar psicológico do sujeito (Irigaray, et al., 2011)

Em suma, reforça-se a necessidade de investigar o bem-estar psicológico vivenciado pelos idosos, colocando o construto como um dos elementos que define o processo de envelhecimento bem-sucedido, tendo em vista as mudanças que ocorrem com o sujeito durante essa fase da vida.

Objetivos do estudo

O presente estudo tem como objetivo principal compreender e caracterizar a relação entre a institucionalização dos idosos e a Perturbação de Luto Prolongado.

No que concerne a objetivos específicos foram estabelecidos com base nas variáveis selecionadas os seguintes: (1) Analisar a prevalência e os fatores associados ao processo de luto e ao diagnóstico de Luto Prolongado entre idosos institucionalizados e não institucionalizados; (2) Comparar os níveis de bem-estar psicológico e os fatores associados ao processo de luto entre idosos institucionalizados e não institucionalizados; (3) Avaliar o efeito do processo de luto, bem como do diagnóstico de Luto Prolongado, no bem-estar psicológico de idosos institucionalizados e não institucionalizados; (4) Comparar os níveis de bem-estar psicológico em função do diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado.

Método

Design

O presente estudo apresenta um *design* transversal e correlacional, sendo que o plano metodológico consiste numa investigação de cariz empírico com a aplicação de instrumentos de natureza quantitativa.

Participantes

Inicialmente, a amostra era composta por 103 participantes. Porém, 19 participantes foram excluídos por não cumprirem o critério de inclusão relacionado com a capacidade cognitiva para responder ao questionário e oito participantes foram excluídos por não cumprirem o critério de inclusão referente ao estado civil de viuvez. Assim, perfaz-se uma amostra total de 76 indivíduos.

Os participantes tinham em média 83.13 anos ($DP = 6.93$, [76 - 90 anos]), sendo que 45 eram do sexo feminino (59.2%) e 31 eram do sexo masculino (40.8%). O estado civil dos participantes era, unicamente, viúvo (100%), realçando-se que um dos critérios de inclusão para integrar a amostra era o idoso ter vivenciado um luto por perda do cônjuge. A amostra foi composta por 40 idosos institucionalizados (52.6%) e 36 idosos não institucionalizados (47.4%).

No que concerne ao tempo decorrido desde a perda sete participantes vivenciaram a perda à menos de seis meses (9.2%), 12 indivíduos entre 6 meses a 1 ano (15.8%), seguindo-se dos participantes ($n = 20$; 26,3%) que vivenciaram a perda entre 1 a 2 anos e, por fim, em maior percentagem, 37 participantes (48.7%) experienciaram a sua perda há mais de 2 anos.

Sobre ser capaz de pedir ajuda ou reconforto, 30 indivíduos responderam que nunca o fizeram (39.5%), 21 fizeram-no raramente (27.6%), porém com respostas afirmativas 17

participantes pediram ajuda em algumas ocasiões (22.4%) e apenas oito o fizeram sempre que precisaram (10.5%).

Dos 76 participantes, 17 responderam atualmente estar bem, isto é, sem problema face à perda (22.4%), 25 afirmaram estar a fazer um grande esforço (32.9%), 18 indivíduos referem estar a ser muito difícil, mas estão a sobreviver (23.7%). Porém nove não sabem se vão conseguir ultrapassar a perda (11.8%) e sete estão completamente destruídos (9,2%) [cf. Tabela 1].

Tabela 1

Caracterização da amostra (N = 76)

Dados sociodemográficos	N	%
Sexo		
Masculino	31	40,8
Feminino	45	59,2
Institucionalizado		
Sim	40	52,6
Não	36	47,4
Tempo decorrido desde a perda		
0-6 meses	7	9,2
6 meses-1 ano	12	15,8
1-2 anos	20	26,3
+2 anos	37	48,7
Capaz de pedir ajuda/reconforto		
Sim, sempre que precisei	8	10,5
Sim, em algumas ocasiões	17	22,4
Raramente	21	27,6
Nunca	30	39,5
Atualmente, como está a lidar com a perda		
Estou bem, não há problema	17	22,4
Estou a fazer um grande esforço	25	32,9
É muito difícil, mas estou a sobreviver	18	23,7
É muito difícil, não sei se vou conseguir	9	11,8
Estou completamente destruído	7	9,2

Instrumentos de avaliação

A recolha de dados foi realizada com recurso a um questionário sociodemográfico e a dois questionários para avaliar os construtos em estudo: (a) o Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado (Prigerson et al., 2009; versão portuguesa Delalibera et al., 2012); (b) e as Escalas de Bem-Estar Psicológico (Ryff et al., 1989; versão portuguesa Novo et al., 2006). Foi aplicado também o *Mini-Mental State* para testar as funções cognitivas dos participantes, um dos pré-requisitos deste estudo.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos dos participantes e informações relevantes para a verificação das questões de investigação e hipóteses formuladas neste estudo (e.g., género, idade, situação de suporte social atual, tempo decorrido desde perda sofrida, capacidade de pedir ajuda e relação dos enlutados com a perda). É constituído por itens de fácil preenchimento, pois apenas têm de selecionar a opção que lhes é verdadeira. Assim, o questionário sociodemográfico foi elaborado com questões especificamente orientadas para a clarificação de aspetos de relevo na análise dos dados recolhidos junto da amostra populacional a estudar.

Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado (PG-13)

O PG-13 (versão portuguesa do *Prolonged Grief Disorder*, Delalibera et al., 2012) corresponde a uma ferramenta de diagnóstico de luto prolongado composta por 13 itens, tendo sido desenvolvido por Prigerson e colaboradores (2009) com o objetivo de avaliar um grupo de

sintomas associados a dificuldades na vivência do luto a longo prazo e que viriam a constituir-se atualmente em critérios para o diagnóstico da Perturbação do Luto Prolongado.

A nível mais concreto, o sujeito deve cumprir os seguintes critérios (Delalibera et al., 2012): (a) perda de outro significativo; (b) ansiedade de separação, isto é, o enlutado vivencia diariamente a um nível intenso e disruptivo dor emocional, saudade e tristeza pela ausência da pessoa falecida; (c) sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, ou seja, a pessoa experiencia diariamente ou com elevado sofrimento, pelo menos cinco dos seguintes sintomas: confusão sobre a sua identidade e em relação ao seu próprio papel na vida, dificuldade em aceitar a morte, evitar lembrar a realidade da perda, amargura e revolta em relação à perda, incapacidade em confiar nos outros, dificuldade em prosseguir com a vida, fazer novos amigos e desenvolver novos interesses, sentimento de que a vida não tem mais sentido, sentimento de choque e confusão pela perda, ausência de emoção desde a perda; (d) o diagnóstico não deve ser realizado até terem decorrido seis meses de luto; e (e) os sintomas acima mencionados causam disfunção social e/ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida. Um critério adicional determina que a perturbação não esteja relacionada com o consumo de substâncias, com efeitos fisiológicos ou outras condições médicas e que os sintomas não se explicam melhor através de Perturbação de Ansiedade, Perturbação Depressiva Major ou PSPT (Delalibera et al., 2012; Prigerson et al., 2009).

Assim, este instrumento pode ser dividido nas seguintes quatro dimensões, considerando os critérios supramencionados: (a) Ansiedade de Separação do Enlutado, que avalia a frequência do sentimento de ansiedade de separação, isto é, saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa perdida [4 Itens; e.g., “No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a

ausência da pessoa que perdeu?"; avaliados através de uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 ("Quase nunca") e 5 ("Várias vezes por dia"); (b) Duração, que se refere à duração do sintoma (1 Item; avaliado através de uma resposta dicotómica de "Sim" ou "Não"); (c) Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais [7 Itens; e.g., "Sente amargura pela sua perda?"; avaliados numa escala de *Likert* que varia igualmente entre 1 ("Não, de todo") a 5 ("Extremamente"); e (d) Disfunção Social e Ocupacional, que diz respeito à incapacidade funcional nas áreas social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento (1 Item; "Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes?"; avaliado através de uma resposta dicotómica de "Sim" ou "Não"). Realçando-se que, considerando as respostas aos 13 itens, foi possível separar os participantes em dois grupos distintos de acordo com o facto de cumprirem ou não os critérios de diagnóstico para a Perturbação de Luto Prolongado.

Avaliadas as qualidades psicométricas deste instrumento, tendo em consideração a amostra aqui retratada, o mesmo demonstrou ótimos níveis de sensibilidade bem como de fiabilidade, demonstrando, através do Alpha de Cronbach, uma elevada consistência interna para a escala no seu global ($\alpha = 0.93$), bem como para as suas dimensões ($\alpha_{\text{Ansiedade de Separação do Enlutado}} = 0.84$; $\alpha_{\text{Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais}} = 0.94$).

Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP)

Para avaliar o bem-estar psicológico dos inquiridos foi utilizada a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) traduzida e adaptada para português por Novo e colaboradores (2006). A versão original da escala de bem-estar psicológico foi desenvolvida por Ryff em 1989, conhecida

por RPWBS – *Ryff's Psychological Well Being Scale*. O objetivo da referida escala incide sobre o funcionamento positivo do bem-estar psicológico dos indivíduos, salientando-se que, de acordo com Novo (2003), as escalas apresentam dois objetivos. O primeiro objetivo remete para perspetivar o funcionamento mental normal do indivíduo, tendo em consideração o reconhecimento da existência de recursos psicológicos efetivos; e, por sua vez, o segundo objetivo recai sobre as dimensões do funcionamento designado como bem-estar subjetivo indo para além da felicidade e da satisfação, obtendo-se o construto bem-estar.

Esta é composta por seis dimensões: (a) Aceitação Pessoal, que permite avaliar a atitude de aceitação das características próprias, sejam positivas ou negativas, bem como a aceitação do passado (Itens 6, 12 e 18); (b) Autonomia, que se caracteriza pela independência, autodeterminação e regulamentação interna face às pressões externas (Itens 1, 7 e 13); (c) Relações Positivas com os Outros, que se refere ao envolvimento em relações interpessoais positivas e de confiança, assim como sentimentos repletos de amizade e afeto capacitados para estabelecer relações satisfatórias e significativas (Itens 4, 10 e 16); (d) Crescimento Pessoal, que diz respeito à capacidade para novas experiências, seja a nível profissional ou pessoal, à perceção pessoal de um desenvolvimento contínuo e o desejo de enriquecimento pessoal (Itens 3, 9 e 15); (e) Domínio do Ambiente, que se define capacidade de gerir de modo positivo a vida, e para enfrentar e solucionar, de forma eficiente, as exigências externas, ou seja, a capacidade para criar contextos congruentes com os valores e necessidades pessoais (Itens 2, 8 e 14); e (f) Objetivos de Vida, que representam a identificação dos objetivos que os indivíduos pretendem atingir e quão intensamente os mesmos podem direcionar o comportamento e o sentido que é atribuído à vida (Itens 5, 11 e 17).

Cada item é cotado de 1 a 6, sendo 1 “Discordo Completamente” e 6 “Concordo Completamente”. Existem itens que são expressos negativamente, sendo cotados como inverso, ou seja, de 6 a 1, nomeadamente os itens 2, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16, 17 e 18, que devem ser invertidos. A cotação é feita no sentido de que, quanto mais elevada for a pontuação do sujeito, melhor será o estado psicológico do indivíduo (Novo et al., 1997).

Avaliadas as qualidades psicométricas deste instrumento, tendo em consideração a amostra aqui retratada, o mesmo demonstrou ótimos níveis de sensibilidade bem como de fiabilidade, demonstrando, através do Alpha de Cronbach, uma consistência interna adequada para o total das escalas ($\alpha = 0.94$), bem como para as respetivas dimensões ($\alpha_{aceitação\ pessoal} = 0.76$; $\alpha_{autonomia} = 0.61$; $\alpha_{relações\ positivas\ com\ os\ outros} = 0.78$; $\alpha_{crescimento\ pessoal} = 0.71$; $\alpha_{domínio\ do\ ambiente} = 0.70$; $\alpha_{objetivos\ de\ vida} = 0.75$).

Mini Mental State Examination

No presente estudo foi utilizado o *Mini Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975) traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (2007). O objetivo da sua utilização passa por determinar indícios de deterioração cognitiva que inviabilizariam a participação na investigação. Assim, a escolha deste instrumento teve por base a sua fácil e rápida aplicação, considerando os participantes de faixa etária avançada.

O MMSE é um instrumento que avalia a severidade do défice cognitivo, fornecendo informações sobre diversas áreas do funcionamento cognitivo e incluindo testes de orientação, retenção, atenção e cálculo, repetição, compreensão, escrita, leitura e desenho. Deste modo, o

referido instrumento é composto por 30 perguntas, distribuídas em várias seções, cada uma destinada a avaliar diferentes aspetos da função cognitiva.

Assim, a pontuação total deste instrumento varia entre zero e 30, em que pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos. Considera-se que existe défice cognitivo quando a pontuação obtida for inferior ou igual a 15 pontos em analfabetos, inferior a 22 pontos em indivíduos entre 1 e 11 anos de escolaridade, e por último, quando a pontuação for inferior a 27 pontos em sujeitos com escolaridade superior a 11 anos.

Procedimento

O presente estudo foi realizado com participantes institucionalizados que residem em estruturas residenciais para idosos no município de Torres Vedras e com idosos não institucionalizados da comunidade da mesma região, constituindo-se uma amostra por conveniência, não probabilística ou intencional, com a consequência de não se conhecer quão representativa ela é da população geral (Ribeiro, 2007). Inicialmente entrou-se em contato com as instituições para agendamento de uma visita com vista a apresentação do estudo, nomeadamente dos seus objetivos gerais e os respetivos procedimentos da investigação para deixar claro o propósito e a pertinência da mesma. Foi fornecido a todos os participantes e instituições os termos de consentimento informado onde estavam descritos os objetivos do estudo, assim como a garantia de anonimato e confidencialidade referente aos resultados obtidos.

Deste modo, posteriormente à obtenção das devidas formalizações, autorizações e consentimentos das instituições e dos participantes, foram realizadas as entrevistas e as aplicações dos instrumentos de avaliação. Os participantes que aceitaram participar do estudo

foram entrevistados nos intervalos das suas atividades com objetivo de não prejudicar as suas rotinas.

De salientar que os critérios de inclusão no estudo foram: (a) idade igual ou superior a 65 anos; (b) residir em Torres Vedras; (c) ter vivenciado a perda do cônjuge; e (d) capacidade cognitiva para responder de forma autónoma aos questionários bem como disponibilidade e interesse para participar do estudo. Em contrapartida, os critérios de exclusão no estudo foram: (a) idade inferior a 65 anos; (b) estado civil díspar de viúvo; e (c) apresentar complicações mentais incapacitantes para o preenchimento dos questionários e que possam constituir-se como variáveis parasita.

Após a recolha de dados, foi atribuída numeração a cada questionário e inserido numa base de dados para posterior análise estatística. O processo de recolha de dados ocorreu entre o mês de dezembro de 2023 e março de 2024.

Análise de dados

Finalizada a recolha de dados, procedeu-se à análise dos dados obtidos, utilizando o *software IBM Statistical Product and Service Solutions (SPSS)*, versão 29.0.

Primeiramente, realizaram-se análises descritivas para calcular os valores médios e respetivos desvios-padrões para as variáveis quantitativas, assim como as frequências e respetivas percentagens para as variáveis qualitativas, das dimensões do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13) e da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP).

De realçar que estas análises descritivas foram realizadas em função da Institucionalização dos participantes e do diagnóstico de Luto Prolongado.

Posteriormente, realizaram-se ainda Testes T de *Student* para amostras independentes para avaliar a influência da institucionalização no processo de luto e no bem-estar psicológico, realçando-se que este teste estatístico requer a verificação do pressuposto da normalidade, que, pela aplicação do Teorema do Limite Central (TLC), pode considerar-se que a violação deste pressuposto não põe em causa o resultado do teste (Laureano, 2011). De notar que recorremos igualmente a Testes T de *Student* para comparar os níveis de bem-estar psicológico em função do diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado. E, de forma a verificar se a institucionalização estaria ainda relacionada com uma duração de sintomas associados ao processo de luto superior a 6 meses e com a identificação de disfunção social e ocupacional, realizaram-se testes de independência do Qui-Quadrado.

Além disso, foram realizadas correlações de Pearson com o objetivo de analisar o efeito do processo de luto no bem-estar psicológico, considerando subamostras de participantes institucionalizados e não institucionalizados.

De salientar que o valor de significância estatística associada a todos os testes realizados foi definido como $p \leq .05$.

Resultados

Análise descritiva

De acordo com análise descritiva do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (i.e., o PG-13) verificamos que a pontuação média no que diz respeito ao critério referente à Ansiedade de Separação do Enlutado aproximou-se, tanto para os participantes institucionalizados como não institucionalizados, do ponto 3 (i.e., “Pelo menos uma vez por semana”) da respetiva escala de resposta (Tabela 1). Tal sugere, em média, uma postura intermédia por parte dos participantes no que diz respeito à frequência com que sentem saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa perdida, independentemente se estão ou não institucionalizados.

Ainda sobre este instrumento foi possível apurar que a pontuação média relativamente ao critério referente aos Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais associados ao Luto foi, aproximadamente, 2 (i.e., “Ligeiramente”) para os dois grupos (i.e., institucionalizados e não institucionalizados) (Tabela 2). Deste modo, foi perceptível que os participantes, tanto institucionalizados como não institucionalizados, vivenciaram, em média, os respetivos sintomas com intensidade moderada-baixa.

Por sua vez, com referência à análise descritiva do valor total de Bem-Estar Psicológico (i.e., EBEP), verificou-se que o valor médio aproximou-se de 82 (Tabela 2), tanto para os participantes institucionalizados como não institucionalizados, ou seja, o valor total encontrou-se acima do ponto intermédio, aproximando-se do ponto superior. Assim, tal resultado sugere que ambos os grupos de participantes detiveram, em média, bons níveis gerais de bem-estar psicológico.

Ademais, no que diz respeito às dimensões desta mesma escala de bem-estar psicológico, os resultados demonstraram igualmente pontuações médias semelhantes entre institucionalizados e não institucionalizados, observando-se que a dimensão referente à Aceitação Pessoal correspondeu aquela cuja pontuação foi mais elevada, aproximando-se de 16 (Tabela 2). Tal resultado ilustra, em média, uma atitude de aceitação por parte dos participantes das suas características próprias, sejam positivas ou negativas, bem como a aceitação do seu passado. As pontuações médias obtidas às restantes dimensões variaram entre, aproximadamente, 13 e 14, demonstrando igualmente que os participantes da presente amostra concordaram, em média, com os itens que constituíram as respetivas dimensões da escala de bem-estar psicológico.

Tabela 2

Análise Descritiva das Dimensões do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13) e das Dimensões e Valor Total da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP) em função da Institucionalização

	Institucionalizado		Não Institucionalizado	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
PG-13				
Ansiedade de Separação do Enlutado	2.74	1.24	2.78	1.03
Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais associados ao Luto	2.32	1.06	2.28	1.08
EBEP				
Aceitação Pessoal	15.63	2.56	15.42	2.68
Autonomia	13.77	2.83	14.53	2.75
Relações Positivas com os Outros	13.63	3.21	13.33	3.73
Crescimento Pessoal	13.33	3.41	13.31	3.38
Domínio do Ambiente	13.90	3.06	13.19	3.24
Objetivos de Vida	13.48	3.06	13.19	3.24
Bem-Estar Psicológico Total	81.97	14.24	81.25	14.55

Nota: PG-13: Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado; EBEP: Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff

Além disso, por intermédio da análise de frequências relativamente à duração dos sintomas de ansiedade de separação do enlutado consoante a sua situação ao nível da institucionalização (i.e., institucionalizado vs. não institucionalizado) (Tabela 3), observamos que entre os participantes que referiram uma duração de sintomas inferior a 6 meses, a maioria ($n = 8$; 53.3%) não está institucionalizado. Por oposição, a maioria dos participantes que referiu uma duração de sintomas superior ou igual a 6 meses (critério de diagnóstico para a Perturbação de Luto Prolongado) pertence ao grupo dos institucionalizados ($n = 33$; 54.1%).

Da mesma forma, no que concerne à análise de frequências referente à disfunção social e ocupacional (Tabela 3), verificamos que entre os participantes que afirmaram ter sentido uma redução/disfunção social e ocupacional, a maioria ($n = 19$; 59.4%) estavam institucionalizados. Salientando-se que, por sua vez, foram os participantes em situação de não institucionalização que representaram a maioria dos indivíduos que não referiram disfunção social e ocupacional ($n = 23$; 52.3%).

Relativamente ao Luto Prolongado (Tabela 3), através da análise de frequências foi possível apurarmos que o grupo com maior número de participantes que enquadraram o diagnóstico de Luto Prolongado encontrava-se em situação de institucionalização ($n = 15$; 57.7%), em oposição aos participantes não institucionalizados ($n = 11$; 42.3%). Contudo, os participantes que não apresentavam o diagnóstico de Luto Prolongado dividiram-se de um modo equilibrado entre o grupo de institucionalizados e não institucionalizados (respetivamente, $n = 25$; 50.0%).

Tabela 3

Frequência da Duração dos Sintomas de Ansiedade de Separação do Enlutado, da Disfunção Social e Ocupacional ou em Outras Áreas de Funcionamento e do Diagnóstico de Luto de Prolongado consoante a Situação do Participante ao nível da Institucionalização

		Institucionalizado	Não Institucionalizado
<i>Duração sintomas de ansiedade de separação do enlutado</i>			
Menos de 6 meses (n = 15)	<i>n</i>	7	8
	%	46.7	53.3
6 meses ou mais (n = 61)	<i>n</i>	33	28
	%	54.1	45.9
<i>Disfunção social e ocupacional ou em outras áreas de funcionamento</i>			
Não (n = 44)	<i>n</i>	21	23
	%	47.7	52.3
Sim (n = 32)	<i>n</i>	19	13
	%	59.4	40.6
<i>Luto Prolongado</i>			
Não (n = 50)	<i>n</i>	25	25
	%	50.0	50.0
Sim (n = 26)	<i>n</i>	15	11
	%	57.7	42.3

Além disso, por intermédio da análise de frequências relativamente à frequência da necessidade de pedir ajuda consoante a sua situação ao nível da institucionalização (i.e., institucionalizado vs. não institucionalizado) (Tabela 4), observamos que entre os participantes que referiram pedir ajuda sempre que precisaram, em algumas ocasiões ou raramente, a maioria estava institucionalizado (respetivamente, $n = 5$; 62.5% / $n = 9$; 52.9% / $n = 14$; 66.7%). Contudo, foi possível verificar que, entre os participantes que nunca pediram ajuda quando necessitaram, a maioria ($n = 18$; 60.0%) correspondeu ao grupo dos participantes não institucionalizados.

Tabela 4

Frequência da Necessidade de Pedir Ajuda consoante a Situação do Participante ao nível da Institucionalização

		Institucionalizado	Não Institucionalizado
<i>Foi capaz de pedir ajuda quando necessitou?</i>			
Sim, sempre que necessitei	<i>n</i>	5	3
(<i>n</i> = 8)	%	62.5	37.5
Sim, em algumas ocasiões	<i>n</i>	9	8
(<i>n</i> = 17)	%	52.9	47.1
Raramente	<i>n</i>	14	7
(<i>n</i> = 21)	%	66.7	33.3
Nunca	<i>n</i>	12	18
(<i>n</i> = 30)	%	40.0	60.0

Por sua vez, por intermédio da análise de frequências correspondente ao modo como o enlutado lida com a perda consoante a sua situação ao nível da institucionalização (i.e., institucionalizado vs. não institucionalizado) (Tabela 5), observamos que entre os participantes que referiram estar bem, a maioria ($n = 10$; 58.8%) encontrava-se institucionalizado. Ademais, os participantes institucionalizados representaram igualmente a maioria dos participantes que referiram estar a fazer um grande esforço ($n = 13$; 52.0%). Por oposição, a maioria dos participantes que referiram estar a sobreviver pertenciam ao grupo dos não institucionalizados ($n = 11$; 61.1%). E, no que diz respeito a não saber se vão conseguir lidar com a perda, o maior número de participantes ($n = 5$; 55.6%) encontrava-se em situação de institucionalização. Por fim, também os participantes institucionalizados representavam a maioria dos participantes que afirmaram estar completamente destruídos ($n = 5$; 71.4%).

Tabela 5

Frequência relativamente ao Modo como o Enlutado lida com a Perda consoante a sua Situação ao nível da Institucionalização

		Institucionalizado	Não Institucionalizado
<i>Como está a lidar com a perda?</i>			
Estou bem, não há problema	<i>n</i>	10	7
($n = 17$)	%	58.8	41.2
Estou a fazer um grande esforço	<i>n</i>	13	12
($n = 25$)	%	52.0	48.0
Estou a sobreviver	<i>n</i>	7	11

	(<i>n</i> = 18)	%	38.9	61.1
Não sei se vou conseguir	<i>n</i>		5	4
	(<i>n</i> = 9)	%	55.6	44.4
Estou completamente destruído	<i>n</i>		5	2
	(<i>n</i> = 7)	%	71.4	28.6

Ademais, de acordo com análise descritiva do valor total da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP) em função do Diagnóstico de Luto Prolongado (Tabela 6), verificamos que a pontuação média encontrou-se acima do ponto intermédio da respetiva escala de resposta para ambos os grupos, embora seja aparentemente inferior para o grupo referente aos participantes que apresentaram o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado, sugerindo, em média, um pior estado psicológico no geral.

De realçar que esta tendência verifica-se tanto aos nível dos participantes institucionalizados como não institucionalizados e observa-se igualmente para todas as dimensões da escala de bem-estar psicológico. Ou seja, em média, verifica-se igualmente que as pontuações de todas as dimensões encontraram-se acima do ponto intermédio da respetiva escala de medição, sendo aparentemente inferiores para o grupo dos participantes que apresentaram o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado (Tabela 6). Tal sugere que, em média, independentemente de estarem ou não institucionalizados, os participantes com Perturbação de Luto Prolongado reportaram menor aceitação das suas características próprias, sejam positivas ou negativas, bem como do passado; menor autonomia; menor envolvimento em relações interpessoais positivas e de confiança; menor crescimento pessoal; menor capacidade de gerir de

modo positivo a vida, e enfrentar e solucionar, de forma eficiente, as exigências externas; e menores objetivos de vida.

Tabela 6

Análise Descritiva da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP) em função do Diagnóstico de Luto Prolongado para Participantes Institucionalizados e Não Institucionalizados

	Luto Prolongado			
	Não (n = 25)		Sim (n = 15)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<u>(Institucionalizados)</u>				
Aceitação Pessoal	15.96	2.13	15.07	3.15
Autonomia	14.32	2.72	12.87	2.88
Relações Positivas com os Outros	14.40	3.00	12.33	3.22
Crescimento Pessoal	13.96	3.13	12.27	3.71
Domínio do Ambiente	14.96	2.07	12.13	3.66
Objetivos de Vida	14.56	3.29	11.67	3.92
Bem-Estar Psicológico Total	85.64	12.23	75.87	15.63
	Não (n = 25)		Sim (n = 11)	
<u>(Não Institucionalizados)</u>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Aceitação Pessoal	15.60	2.78	15.00	2.49
Autonomia	15.36	2.25	12.64	2.94
Relações Positivas com os Outros	14.00	3.69	11.82	3.54
Crescimento Pessoal	14.16	3.06	11.36	3.38
Domínio do Ambiente	14.12	2.77	11.09	3.36
Objetivos de Vida	13.56	2.77	11.45	3.59
Bem-Estar Psicológico Total	84.52	13.59	73.82	14.48

A influência da institucionalização no processo de luto e no bem-estar psicológico

Ao verificarmos a influência da institucionalização no processo de luto e no bem-estar psicológico do enlutado, os resultados demonstraram a ausência de diferenças significativas, tanto ao nível da dimensão referente à Ansiedade de Separação [$t_{(74)} = -0.16; p = .877$] como ao

nível dos Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais associados ao Luto [$t_{(74)} = -0.18$; $p = .861$] e do valor total e respectivas dimensões de Bem-Estar Psicológico [$t_{total(74)} = 0.22$; $p = .827$ / $t_{aceitação\ pessoal(74)} = 0.35$; $p = .730$; $t_{autonomia(74)} = -1.17$; $p = .245$; $t_{relações\ positivas\ com\ os\ outros(74)} = 0.37$; $p = .715$; $t_{crescimento\ pessoal(74)} = 0.02$; $p = .980$; $t_{domínio\ do\ ambiente(74)} = 0.98$; $p = .332$; $t_{objetivos\ de\ vida(74)} = 0.67$; $p = .503$] em função da situação dos participantes ao nível da institucionalização (i.e., Institucionalizados vs. Não Institucionalizados).

Da mesma forma, não se verificaram igualmente relações significativas entre a situação do participante ao nível da institucionalização (i.e., Institucionalizados vs. Não Institucionalizados) e a duração dos seus sintomas de ansiedade de separação (menos de 6 meses vs. 6 meses ou mais) [$\chi^2_{(1)} = 0.27$; $p = .606$], a existência de disfunção social e ocupacional ou em outras áreas de funcionamento [$\chi^2_{(1)} = 1.01$; $p = .315$] e o diagnóstico de Luto de Prolongado [$\chi^2_{(1)} = 0.41$; $p = .524$].

O efeito do processo de luto no bem-estar psicológico

Os resultados demonstraram a presença de correlações significativas e negativas entre o total de Bem-Estar Psicológico e a Ansiedade de Separação do Enlutado, os Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais associados ao Luto, a Disfunção Social e Ocupacional ou em Outras Áreas de Funcionamento e o Diagnóstico de Luto Prolongado, tanto para o grupo de participantes institucionalizado como para os não institucionalizados (Tabela 7).

Tal significa que quanto maior as saudades, a dor emocional, a tristeza e o pesar pela ausência da pessoa perdida, menor o bem-estar psicológico do enlutado. Da mesma forma, os resultados também sugeriram que o bem-estar psicológico dos participantes era menor, quanto

maior fosse a frequência de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais associados ao processo de luto. E menores níveis de bem-estar psicológico associaram-se ainda à identificação de disfunção a nível social e ocupacional, e ao diagnóstico de Luto Prolongado.

Apesar de se terem verificado as mesmas correlações para os dois grupos, observou-se que as correlações ao nível do grupo Institucionalizados apresentaram uma intensidade superior, comparativamente às correlações do grupo Não Institucionalizados, à exceção da correlação entre o Bem-Estar Psicológico Total e o Diagnóstico de Luto Prolongado, cuja intensidade foi igual em ambos os grupos (Tabela 7).

Por sua vez, considerando as correlações entre as dimensões da EBEP e a Ansiedade de Separação do Enlutado, os Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais associados ao Luto, a Disfunção Social e Ocupacional ou em Outras Áreas de Funcionamento e o Diagnóstico de Luto Prolongado, verificaram-se algumas diferenças entre o grupo de participantes que se encontrava institucionalizado e não institucionalizado.

Especificamente, os sintomas de Ansiedade de Separação do Enlutado, assim como a frequência de Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais, estiveram significativa e negativamente correlacionados com todas as dimensões de bem-estar psicológico para o grupo de idosos institucionalizados e não institucionalizados, à exceção das dimensões referentes à Aceitação Pessoal e ao Domínio do Ambiente no grupo Não Institucionalizados (Tabela 7). Ou seja, quanto maior a saudade, a dor emocional, a tristeza e o pesar pela ausência da pessoa perdida, menor a aceitação das características próprias, sejam positivas ou negativas, bem como do passado (apenas em idosos institucionalizados); menor a autonomia; menor o envolvimento em relações interpessoais positivas e de confiança; menor o crescimento pessoal; menor a

capacidade de gerir de modo positivo a vida, enfrentando e solucionando, de forma eficiente, as exigências externas (apenas em idosos institucionalizados); e menores os objetivos de vida.

Todas estas associações apresentaram uma maior intensidade ao nível do grupo de participantes institucionalizados.

Da mesma forma, quanto mais frequentes os sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais associados ao processo de luto, menor a aceitação das características próprias, sejam positivas ou negativas, bem como do passado (apenas em idosos institucionalizados); menor a autonomia; menor o envolvimento em relações interpessoais positivas e de confiança; menor o crescimento pessoal; menor a capacidade de gerir de modo positivo a vida, enfrentando e solucionando, de forma eficiente, as exigências externas; e menores os objetivos de vida. Todas estas associações apresentaram igualmente uma maior intensidade ao nível do grupo de participantes institucionalizados, à exceção da associação Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais – Autonomia, sugerindo que uma maior frequência de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais comprometeram, de modo mais forte, a autonomia de idosos não institucionalizados.

Por sua vez, a identificação de disfunção social e ocupacional esteve significativamente associada com menor autonomia; menor envolvimento em relações interpessoais positivas e de confiança (apenas em idosos institucionalizados); menor crescimento pessoal; menor capacidade de gerir de modo positivo a vida, enfrentando e solucionando, de forma eficiente, as exigências externas; e menores objetivos de vida (Tabela 7). Quanto à intensidade, as correlações supramencionadas apresentaram intensidades aparentemente próximas entre o grupo de idosos institucionalizados e não institucionalizados, destacando-se apenas a correlação entre Disfunção

Social e Ocupacional – Autonomia, sugerindo que a identificação de disfunção a nível social e ocupacional comprometeu, de modo mais forte, a autonomia de idosos não institucionalizados.

Ademais, a presença de diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado esteve significativamente associada a menor autonomia e crescimento pessoal (apenas em idosos não institucionalizados); a um menor envolvimento em relações interpessoais positivas e de confiança, assim como a menores objetivos de vida (apenas em idosos institucionalizados); e menor capacidade de gerir de modo positivo a vida, enfrentando e solucionando, de forma eficiente, as exigências externas. De notar a ausência de correlações significativas entre o valor total de Bem-Estar Psicológico, assim como todas as suas dimensões, e a Duração dos Sintomas de Ansiedade de Separação do Enlutado, quer para o grupo de participantes institucionalizado como para os não institucionalizados. (Tabela 7)

Tabela 7

Associação entre as Dimensões referentes ao Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13) e as Dimensões e Valor Total de Bem-Estar Psicológico por Subamostras de Participantes Institucionalizados e Não Institucionalizados

	Ansiedade de Separação do Enlutado	Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais	Duração dos Sintomas	Disfunção Social e Ocupacional	Diagnóstico de Luto Prolongado
Institucionalizados (n = 40)					
Aceitação Pessoal	-.50**	-.67**	.06	-.27	-.17
Autonomia	-.53**	-.57**	-.01	-.33*	-.25
Relações Positivas com os Outros	-.56**	-.72**	-.10	-.33*	-.32*
Crescimento Pessoal	-.50**	-.66**	.20	-.40**	-.24

Domínio do Ambiente	-.58**	-.74**	-.12	-.42**	-.45**
Objetivos de Vida	-.63**	-.83**	-.19	-.39*	-.38*
Bem-Estar Psicológico Total	-.60**	-.76**	-.01	-.40*	-.34*
Não Institucionalizados (n = 36)					
Aceitação Pessoal	-.15	-.22	.01	-.12	-.10
Autonomia	-.42*	-.69**	-.29	-.44**	-.46**
Relações Positivas com os Outros	-.38**	-.55**	-.13	-.32	-.27
Crescimento Pessoal	-.36*	-.58**	-.19	-.43**	-.39**
Domínio do Ambiente	-.26	-.55**	-.11	-.46**	-.44**
Objetivos de Vida	-.35*	-.52**	-.07	-.34*	-.29
Bem-Estar Psicológico Total	-.35*	-.54**	-.15	-.36*	-.34*

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

A influência do luto prolongado no bem-estar psicológico

Por sua vez, ao analisarmos a influência do diagnóstico de Luto Prolongado no bem-estar psicológico verificamos diferenças significativas, ou seja, observou-se que o valor total de Bem-Estar Psicológico, assim como as pontuações referentes ao Domínio do Ambiente, diferiram em função do diagnóstico ou não de Luto Prolongado [tanto para participantes institucionalizados: $t_{total(38)} = 2.20$; $p = .034$ / $t_{dominio\ do\ ambiente(38)} = 3.13$; $p = .003$; como não institucionalizados: $t_{total(34)} = 2.13$; $p = .040$ / $t_{dominio\ do\ ambiente(34)} = 2.83$; $p = .008$] (Tabela 8). Deste modo, observou-se que, independentemente de estarem ou não institucionalizados, os participantes que foram diagnosticados com Perturbação de Luto Prolongado, comparativamente com os participantes que não cumpriram os critérios de diagnóstico, reportaram um bem-estar psicológico

significativamente inferior, bem como uma menor capacidade de gerir de modo positivo a vida, enfrentando e solucionando, de forma eficiente, as exigências externas.

Considerando apenas o grupo de idosos institucionalizados, importa ainda salientar a presença de diferenças significativas em função do diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado ao nível da dimensão referente às Relações Positivas com os Outros e aos Objetivos de Vida [$t_{relações\ positivas\ com\ os\ outros(38)} = 2.05; p = .047$ / $t_{objetivos\ de\ vida(38)} = 2.50; p = .017$] (Tabela 8). Ou seja, os participantes institucionalizados que foram diagnosticados com Perturbação de Luto Prolongado, comparativamente com os participantes institucionalizados que não cumpriram os critérios de diagnóstico, reportaram um envolvimento significativamente menor ao nível das relações interpessoais positivas e de confiança, assim como objetivos de vida significativamente menores.

Por outro lado, observaram-se diferenças significativas em função do diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado ao nível da dimensão referente à Autonomia e ao Crescimento Pessoal apenas no grupo de idosos não institucionalizados [$t_{autonomia(34)} = 3.04; p = .005$ / $t_{crescimento\ pessoal(34)} = 2.44; p = .020$], isto é, os idosos não institucionalizados que foram diagnosticados com Perturbação de Luto Prolongado reportaram níveis significativamente menores de autonomia e de crescimento pessoal, em comparação com os idosos não institucionalizados que não cumpriram os critérios de diagnóstico (Tabela 8).

Tabela 8

Diferenças na Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP) em função do Diagnóstico de Luto Prolongado para Participantes Institucionalizados e Não Institucionalizados

<u>(Institucionalizados)</u>	Luto Prolongado				<i>t</i>	<i>p</i>
	Não (<i>n</i> = 25)		Sim (<i>n</i> = 15)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Aceitação Pessoal	15.96	2.13	15.07	3.15	1.07	.291
Autonomia	14.32	2.72	12.87	2.88	1.60	.117
Relações Positivas com os Outros	14.40	3.00	12.33	3.22	2.05	.047
Crescimento Pessoal	13.96	3.13	12.27	3.71	1.54	.131
Domínio do Ambiente	14.96	2.07	12.13	3.66	3.13	.003
Objetivos de Vida	14.56	3.29	11.67	3.92	2.50	.017
Bem-Estar Psicológico Total	85.64	12.23	75.87	15.63	2.20	.034
<u>(Não Institucionalizados)</u>	Não (<i>n</i> = 25)		Sim (<i>n</i> = 11)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Aceitação Pessoal	15.60	2.78	15.00	2.49	0.61	.543
Autonomia	15.36	2.25	12.64	2.94	3.04	.005
Relações Positivas com os Outros	14.00	3.69	11.82	3.54	1.65	.107
Crescimento Pessoal	14.16	3.06	11.36	3.38	2.44	.020
Domínio do Ambiente	14.12	2.77	11.09	3.36	2.83	.008
Objetivos de Vida	13.56	2.77	11.45	3.59	1.75	.089
Bem-Estar Psicológico Total	84.52	13.59	73.82	14.48	2.13	.040

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal compreender e caracterizar a relação entre a institucionalização dos idosos e a Perturbação de Luto Prolongado. Para tal, começamos por estabelecer como primeiro objetivo específico analisar a prevalência e os fatores associados ao processo de luto e ao diagnóstico de Luto Prolongado entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Os nossos resultados sugeriram que os participantes pertencentes ao grupo de idosos institucionalizados correspondiam à maioria dos participantes que referiram uma duração de sintomas superior ou igual a 6 meses e que afirmaram ter sentido uma redução/disfunção social e ocupacional decorrente do luto (critérios de diagnóstico para a Perturbação de Luto Prolongado).

O processo de luto pode exacerbar sintomas de depressão e ansiedade nos idosos institucionalizados, condições já prevalentes nesta população devido à perda de autonomia e ao distanciamento do seu meio social (Lopes & Martins, 2015).

Silva & Cruz (2017) afirmam que os idosos institucionalizados apresentam reações de luto que variam amplamente, desde a negação até a aceitação, influenciadas por fatores como a qualidade do suporte social e a presença de comorbidades.

Estudos de Lopes & Martins (2015) corroboram que os idosos institucionalizados apresentam uma duração de sintomas de luto superior a seis meses comparado a idosos não institucionalizados. Também no que concerne à redução da função social e ocupacional, estudos demonstram ser uma consequência comum do luto em idosos institucionalizados, sendo que vários idosos relatam uma incapacidade de participar em atividades diárias e interações sociais da mesma forma que antes do luto (Silva & Cruz, 2017)

No mesmo sentido, os resultados indicaram igualmente que o grupo com maior número de participantes que enquadraram o diagnóstico de Luto Prolongado encontrava-se em situação de institucionalização.

A revisão sistemática de Ferreira & Almeida (2018) destacou que os idosos institucionalizados compõem a maioria dos casos de luto prolongado, com sintomas que frequentemente persistem por seis meses ou mais, impactando negativamente a funcionalidade social e ocupacional.

Os estudos têm demonstrado consistentemente que os idosos institucionalizados apresentam taxas mais elevadas de perturbação de luto prolongado em comparação com os idosos não institucionalizados, muitas vezes devido aos efeitos do isolamento e da perda de autonomia (Prigerson et al., 2009).

MacLeod & Whelan (2013) destacam que a perturbação de luto prolongado é mais comum entre idosos institucionalizados, sendo que os fatores que contribuem para este fenómeno incluem a disrupção de ambientes e rotinas familiares, que exacerbam os sentimentos de luto e perda.

Para além disso, a presente investigação teve ainda como objetivo específico comparar os níveis de bem-estar psicológico e os fatores associados ao processo de luto entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, sendo que não se verificou uma influência significativa da institucionalização tanto no processo de luto como no bem-estar psicológico.

Todavia, a literatura demonstra que a institucionalização geralmente apresenta níveis mais baixos de bem-estar psicológico nos idosos em comparação com os não institucionalizados, devido à combinação de fatores como a perda de autonomia, isolamento social e uma maior prevalência de luto prolongado. (Neri & Vieira, 2013)

Assim, contrariamente ao esperado, os nossos resultados demonstraram a ausência de diferenças significativas, no que concerne ao valor total e respetivas dimensões de Bem-Estar Psicológico quer para os participantes institucionalizados como não institucionalizados.

Por sua vez, no que diz respeito ao processo de luto e aos seus fatores associados, os resultados posicionaram-se de forma intermédia no que concerne à frequência com que sentem saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa perdida, sendo perceptível, para ambos os grupos, sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais com intensidade moderada-baixa.

Estes resultados não vão ao encontro dos resultados obtidos através da literatura, uma vez que estudos comparativos revelam que os idosos não institucionalizados têm acesso a redes sociais mais amplas bem como apoio familiar mais consistente, o que atenua o impacto do luto e contribui para melhores níveis de bem-estar psicológico em relação aos idosos institucionalizados (Bowling & Gabriel, 2007)

Contudo, através da presente investigação foi possível verificar que os participantes que referiram pedir ajuda sempre que precisaram e em algumas ocasiões, a maioria estava institucionalizados. E em oposição entre os participantes que nunca pediram ajuda quando necessitaram, a maioria correspondeu ao grupo dos participantes não institucionalizados.

Desta forma, os resultados supramencionados vão ao encontro dos resultados obtidos por Gomes & Mendes (2013) uma vez que, a presença constante de cuidadores e a estrutura das instituições de longa permanência fazem com que os idosos institucionalizados se sintam mais confortáveis e encorajados a pedir ajuda, em contraste com os idosos que vivem em suas próprias casas e podem hesitar em buscar apoio.

Posto isto, o nosso terceiro objetivo específico foi avaliar o efeito do processo de luto, bem como do diagnóstico de Luto Prolongado, no bem-estar psicológico de idosos institucionalizados e não institucionalizados. Os resultados sugeriram que o bem-estar psicológico dos participantes era menor, quanto maior fosse os sintomas de ansiedade de separação do enlutado, bem como a frequência de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais associados ao processo de luto. Além disso, menores níveis de bem-estar psicológico associaram-se ainda à identificação de disfunção a nível social e ocupacional, e ao diagnóstico de Luto Prolongado.

Shear (2015) reitera que o luto é um processo natural, mas em idosos tende a ter um impacto profundo no seu bem-estar psicológico, frequentemente levando ao desenvolvimento de sintomas depressivos, isolamento social e diminuição da qualidade de vida. Ainda o mesmo autor, estima que cerca de 7% a 10% das pessoas enlutadas desenvolvem Luto Prolongado, que é associado a uma redução significativa na qualidade de vida, aumento do risco de doenças físicas, e uma maior taxa de mortalidade. O impacto no bem-estar psicológico é severo, exigindo atenção clínica. (Shear, 2015)

Estudos de Prigerson et al., (2009) corroboram os resultados supra apresentados, pois indicam que o Luto Prolongado está fortemente associado a uma redução no bem-estar psicológico, que frequentemente se manifesta em disfunção social e ocupacional. Idosos com Luto Prolongado demonstram dificuldades em manter relacionamentos e em participar nas atividades quotidianas, o que contribui para o isolamento social e a deterioração da saúde mental.

Tal como referido anteriormente na seção de resultados, apesar de se terem verificado padrões semelhantes de correlações para o grupo de idosos institucionalizados e não

institucionalizados, observou-se que as correlações ao nível do grupo Institucionalizados apresentaram uma intensidade superior, comparativamente às correlações do grupo Não Institucionalizados.

O diagnóstico de Luto Prolongado é mais prevalente entre idosos institucionalizados, onde o isolamento social e a falta de suporte emocional agravam os sintomas, comprometendo significativamente o bem-estar psicológico e a qualidade de vida (Heisel & Flett, 2021).

Tal como os resultados apresentados demonstram, a institucionalização contribui para uma maior vulnerabilidade ao diagnóstico Luto Prolongado, resultando numa deterioração mais acentuada do bem-estar psicológico. Estes idosos não só apresentam uma maior intensidade de sintomas, como também têm menos recursos emocionais e sociais para lidar com o processo de luto (Lichtenthal et al., 2020)

Os resultados demonstraram ainda que apenas as associações Sintomas Cognitivos, Emocionais e Comportamentais – Autonomia, bem como Disfunção Social e Ocupacional – Autonomia, apresentaram uma maior intensidade no grupo de participantes não institucionalizados, sugerindo que uma maior frequência de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, bem como a identificação de disfunção a nível social e ocupacional, comprometeram mais fortemente a autonomia de idosos não institucionalizados. Aliás, os resultados do presente estudo notaram ainda que os idosos não institucionalizados que foram diagnosticados com Perturbação de Luto Prolongado reportaram níveis significativamente menores de autonomia e de crescimento pessoal, em comparação com os idosos não institucionalizados que não cumpriram os critérios de diagnóstico.

Nickerson et al., (2022) corrobora estes resultados uma vez que entre idosos não institucionalizados, o diagnóstico de Luto Prolongado tem sido correlacionado com uma redução significativa na autonomia, o que impacta diretamente o bem-estar psicológico. A incapacidade de retomarem as atividades quotidianas e a maior dependência de cuidadores podem contribuir para o declínio da saúde mental e da qualidade de vida destes idosos.

Por fim, esta investigação pretendeu ainda comparar os níveis de bem-estar psicológico em função do diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado em idosos institucionalizados e não institucionalizado. De um modo geral, observou-se que as pontuações médias de bem-estar eram aparentemente inferiores para o grupo referente aos participantes que apresentaram o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado, independentemente de estarem ou não institucionalizados. O que se confirmou posteriormente, observando-se que, independentemente de estarem ou não institucionalizados, os participantes que foram diagnosticados com Perturbação de Luto Prolongado, comparativamente com os participantes que não cumpriram os critérios de diagnóstico, reportaram um bem-estar psicológico significativamente inferior, bem como uma menor capacidade de gerir de modo positivo a vida, enfrentando e solucionando, de forma eficiente, as exigências externas.

Os estudos realizados corroboram estas evidências, uma vez que, os idosos diagnosticados com Perturbação de Luto Prolongado apresentam níveis significativamente reduzidos de bem-estar psicológico, independentemente de estarem institucionalizados ou não (Garrido & Kane, 2019). Estudos recentes indicam que a Perturbação de Luto Prolongado em idosos está fortemente associada a níveis reduzidos de bem-estar psicológico, manifestando-se em sintomas como depressão, ansiedade e uma sensação persistente de desesperança. Estes efeitos são

particularmente evidentes em idosos que já têm uma história de problemas de saúde mental, agravando o impacto psicológico do luto prolongado (Nickerson et al., 2022).

Também na investigação de Eisma et al., (2022) os autores constataram que os idosos com Perturbação de Luto Prolongado experienciam uma diminuição mais acentuada no bem-estar psicológico em comparação com aqueles que vivenciam um processo de luto normal. Os sintomas de angústia persistente e falta de prazer em atividades diárias são significativamente mais elevados, refletindo uma maior dificuldade em aceitar a perda e seguir em frente. O estudo supramencionado revelou que os sintomas de luto prolongado preveem uma deterioração contínua do bem-estar psicológico ao longo do tempo. Esse impacto foi particularmente notável entre idosos, sugerindo que a incapacidade de superar o luto pode levar a um ciclo vicioso de declínio emocional e psicológico (Eisma et al., 2022).

Destaca-se ainda o facto da variável institucionalização não ter sido determinante na presente investigação, facto que se verifica também na literatura. (Ghesquiere, 2014) afirma que embora a institucionalização tenha sido tradicionalmente considerada um fator de risco para o desenvolvimento de Perturbação de Luto Prolongado, pesquisas recentes sugerem que a natureza da perda e as características individuais do idoso podem ser mais determinantes para o bem-estar psicológico do que o próprio contexto de institucionalização. Por sua vez, a investigação de Burke & Neimeyer (2020) indica que a institucionalização por si só não é uma variável determinante significativa no bem-estar psicológico dos idosos enlutados. Uma vez que, fatores como a rede de apoio social e a resiliência individual mostraram ser mais influentes na manutenção do bem-estar psicológico após a perda. A experiência do luto prolongado pode variar amplamente entre os idosos, dependendo de fatores individuais como a resiliência emocional e o suporte social. A institucionalização pode adicionar uma camada de complexidade

ao processo de luto, mas não é o único fator determinante no bem-estar psicológico dos enlutados (Burke & Neimeyer, 2020).

Assim, a institucionalização, por si só, não determina significativamente os níveis de bem-estar psicológico em idosos com Perturbação de Luto Prolongado. A interação entre fatores pessoais e contextuais, como a resiliência emocional e o suporte existente, desempenha um papel muito mais crucial na forma como os indivíduos lidam com a perda (Garrido & Kane, 2019).

Conclusão

Aquando da morte de um ente querido, sucede-se um conjunto de alterações na vida dos enlutados, normalmente acompanhadas de perdas bastantes significativas. Parte dos enlutados conseguem integrar a perda na sua narrativa de vida através de um processo faseado e enriquecedor porém, a outra parte dos indivíduos não consegue atribuir sentido à perda vivenciada conduzindo assim a um luto prolongado ou persistente.

Deste modo, o presente estudo propôs-se a estudar a relação entre a institucionalização dos idosos e a Perturbação de Luto Prolongado. O bem-estar psicológico dos enlutados surge também como variável fulcral na investigação. Assim, os resultados permitiram dar resposta à maioria dos objetivos propostos inicialmente. Verificou-se, portanto, que os idosos em situação de institucionalização enquadram maioritariamente o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado. Os níveis de bem-estar psicológico foram menores consoante o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado dos participantes, independentemente de estarem ou não institucionalizados. Por conseguinte, os idosos que apresentam um bem-estar psicológico significativamente inferior demonstram também elevada frequência de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais associados ao processo de luto e identificação de disfunção ao nível social e ocupacional.

Assim, os resultados alcançados mostram os efeitos da Perturbação de Luto Prolongado no bem-estar psicológico dos idosos. Através dos resultados deste estudo, foi possível verificar que das variáveis sociodemográficas seleccionadas, ter sido capaz de pedir ajuda e como está a lidar com a perda foram as que apresentaram uma maior frequência consoante a institucionalização.

Todavia, a influência da institucionalização no processo de luto e no bem-estar psicológico demonstrou a ausência de diferenças significativas, contrariamente ao esperado. Os resultados demonstrados podem refletir limitações do presente estudo, nomeadamente o facto de se tratar de um estudo transversal que apenas permitiu a recolha momentânea de dados. Sendo que, a institucionalização dos idosos não é apenas o momento presente, seria importante em estudos futuros realizar um estudo longitudinal que medisse o processo de luto e o bem-estar psicológico no decorrer do tempo de institucionalização.

Outra limitação foi a não realização de um pré-teste, uma vez que se torna mais difícil controlar as variáveis estranhas, como o estado emocional ou suporte social pré-existente dos participantes. Estas variáveis podem influenciar os resultados independentemente da institucionalização e a não existência de um pré-teste torna custoso isolar o efeito da institucionalização.

Estudos futuros nesta área poderiam incidir sobre o aprofundar desta temática, com amostras mais representativas, não só a nível sociodemográfico, como também incluir outras variáveis, nomeadamente o suporte social, o ambiente sociocultural e o contexto socioeconómico. O uso combinado de metodologias seria outra sugestão, uma vez que, a utilização de uma metodologia mista em estudos com idosos combina elementos de pesquisa quantitativa e qualitativa, permitindo uma compreensão mais abrangente e detalhada das questões complexas que envolvem o envelhecimento, o luto e o bem-estar psicológico.

O estudo alerta para a necessidade de reconhecer e diagnosticar a Perturbação de Luto Prolongado nos idosos, independentemente da situação de institucionalização ou não. O diagnóstico e o acompanhamento adequado são essenciais para garantir que esta fase da vida,

marcada pela perda, não seja definida pela dor contínua, mas sim por um processo de adaptação saudável, onde o bem-estar psicológico é uma prioridade.

Referências bibliográficas

- Almeida, A.J.P.S (2008). *A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Alves, D., Neimeyer, R. A., Batista, J., & Gonçalves, M. M. (2018). Finding Meaning in Loss: A Narrative Constructivist Contribution. In *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions* (pp. 161- 187). Humana Press, Cham.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5a Ed.). Climepsi Editores.
- Andrew, M. K., Fisk, J. D., & Rockwood, K. (2012). Psychological well-being in relation to frailty: a frailty identity crisis?. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1347-1353. doi: 10.1017/S1041610212000269
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I.G. Neto, (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). (pp. 487-532) Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barreto M. P., Soler, M. D. C., & Yi Yi, P. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncologia*, 5(2-3), 383-400. <http://hdl.handle.net/10550/2135>

- Bento, S., & Silva, M. T. (2014). *Luto e envelhecimento: Um estudo sobre as respostas emocionais em idosos*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Bernardo, I. (2019). *Determinantes da satisfação e lealdade dos utentes da estrutura residencial para pessoas idosas de outeiro*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/21043>.
- Biscaia, J. (2010) *Quando a dor é um convite*. Coimbra: Gráfica de Coimbra
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss (vol.III): Loss, Sadness and depression*. (pp. 7-22) London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (2004). *Apego e perda*. Perda: tristeza e depressão (Valtensir Dutra, Trad.). São Martins Fontes. (Original publicado em 1985).
- Bowling, A., & Gabriel, Z. (2007). Lay Theories of Quality of Life in Older Age. *Ageing & Society*, 27(2), 233-258.
- Bravo, J. M. (2017). *O envelhecimento demográfico na Europa: causas, consequências e desafios*. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, (46), 7-16.
- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Complicated Grief and the End of Life: Risk Factors, Assessment, and Treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 1028-1040.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cardão, Sandra (2009). O Idoso Institucionalizado. *Coisas de Ler*. Lisboa.

- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da populaçãp portuguesa: dependência, ativação e qualidade*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa.
- Carqueja, E. (2017). Luto: um processo dinâmico. *Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos*. (1ª ed.). PACTOR. https://issuu.com/lidel/docs/cuidados_paliativos_issuu
- Carvalho, C. D. R. (2006). *Luto e Religiosidade*. (Monografia de Licenciatura em Psicologia). Porto: Instituto Superior da Maia.
- Carvalho, P. e Dias, O. (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. *Millenium*, 40: 161-184
- Caterina, M. (2007). *Luto adulto: fatores facilitadores e complicadores no processo de elaboração*. Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento de Luto e Perdas do Instituto de Psicologia Quatro Estações.
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). *Morte: Uma visão psicossocial*. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 209-216.
- Correia, T. M. M. (2014). *Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa, Braga]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18095>
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar idosos: Formação, prática e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social “Lar de Idosos” em Portugal. *Interações*, 17, (pp.65-74).

- Davis, C. & Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and Meaning: How do People Make Sense of Loss. *American Behavioral Scientist*, 44, pp. 726-741.
- De Stefano, R., Muscatello, M., Bruno, A., Cedro, C., Mento, C., Zoccali, R., & Pandolfo, G. (2020). Complicated Grief: A systematic review of the last 20 years. *International Journal Of Social Psychiatry*, 67 (5), 492 – 499.
- Delalibera, M.; Coelho, A. e Barbosa, A. (2012). Estudo de adaptação e validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. In *Investigação Quantitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 87-106). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Deutsch, K. (1937). *The Psychology of Lament: An Investigation into the Experience of Grief and its Role in Psychopathology*. *Journal of Clinical Psychology*, 3(2), 101-113.
- Diogo, C. (2016). *Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre].
Repositório Comum Instituto Politécnico de Portalegre
- Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2022). Do Grief-Specific Rumination and Avoidance Mediate the Association Between Prolonged Grief and Low Wellbeing? A Longitudinal Mediation Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 301, 98-105.
- Ferreira, L. C, Leão, N. C, & Andrade, C. C. (2008). *Viuvez e luto sob a luz da Gestald-terapia: experiências de perdas e ganhos*. *Revista da Abordagem Gestáltica*. Goiana. V. 14; n. 2; p. 1- 13.

- Ferreira, R. D., & Almeida, S. M. (2018). *Revisão Sistemática sobre o Luto em Idosos Institucionalizados*. *Revista de Saúde Pública*, 52, 64.
- Ferreira, S. (2017). *Estratégias de Coping no Luto: Uma Abordagem Terapêutica*. Lisboa: Edições ISCSP.
- Filho, J. F. C. et al. (2017). Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. *Psicologia Argumento*. v. 35, n. 88.
- Folstein, M. F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12(3), 189-198.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontologia*, 2(1), 32-37.
- Galicioli, T. G. P., de Lima Lopes, E. S., & Rabelo, D. F. (2012). *Overcoming widowhood in old age: the use of coping strategies*. *Revista Temática Kairós: Gerontologia*, 15, 225-237.
- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 203-214.
- Garrido, M. M., & Kane, R. L. (2019). Psychosocial Consequences of Bereavement in Elderly Nursing Home Residents: The Impact of Complicated Grief. *Journal of Aging and Health*, 31(1), 123-144.
- Gatchel, R. J., Adams, L., Polatin, P. B. & Kishimo, N. D. (2002). Secondary Loss and PainAssociated Disability: Theoretical Overview and Treatment Implications. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 12(2), pp. 99-110.

- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers In Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00489>
- Ghesquiere, A. (2014). “I Was Just Trying to Stick It Out until I Realized that I Couldn't”: A Phenomenological Investigation of Support Seeking among Older Adults with Complicated Grief. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 68(1), 1-22.
- Gomes, M. J., & Mendes, F. R. (2013). Percepções dos Idosos sobre a Solicitação de Ajuda: Um Estudo Comparativo entre Institucionalizados e Não Institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(1), 435-450.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro Caldas, A. & Garcia, C. (2007). Avaliação Breve do Estado Mental. In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Org.), *Escalas e testes na demência* (2ª ed.; pp. 31-36). Lisboa: Edição do Organizador.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2021). Psychological Resilience and Social Isolation: A Two-Wave Study of Loneliness and Depressive Symptoms in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 1-11.
- Instituto da Segurança Social (2005). Manual de processos-chave para estrutura residencial para idosos.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *Envelhecimento da população em Portugal - 2022*. Disponível em <https://www.ine.pt>
- Irigaray, T. Q., Schneider, R. H., & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 24(4), 810–818. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722011000400022>

- Journal of Loss and Trauma (n.d.). Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping. Aims & Scope.
- Kubler, R. E. (2014) *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families Paperback*. Editora Scribner; Reprint edition, 2014.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2020). Bereavement: Depression and Complicated Grief. In H. G. Prigerson & A. F. Engel (Eds.), *Handbook of Depression and Bereavement in Late Life* (pp. 257-272). Springer.
- Lima, M. P., & Pimenta, F. (2015). *O papel dos grupos de apoio no luto em idosos*. Revista de Psicologia do Envelhecimento, 8(2), 45-60.
- Lopes, M. A., & Martins, G. D. (2015). *Luto e Envelhecimento: Reflexões e Práticas no Contexto Institucional*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 18(4), 1039-1050.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149.
- Machado, L.A.T (2020). *A institucionalização de idosos/as como experiência potencialmente modificadora do sentido de "casa"*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- MacLeod, S., & Whelan, T. J. (2013). The Impact of Institutionalization on Prolonged Grief Disorder in Older Adults. *Canadian Journal on Aging*, 32(1), 65-79.
- Margarida, A., Gomes, R., Candeias, E., & Orientador, M. (2013). *A Percepção da Morte pelo Idoso em Contexto Institucional de Lar Residencial Mestrado em Gerontologia Social*. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2396/1/TESE_Ana_Gomes.pdf

- Marques da Costa, N., & Louro, A. (2023). Envelhecer em Portugal: uma perspectiva geográfica. *Finisterra*, 58(123), 3–6. <https://doi.org/10.18055/Finis32570>
- McDevitt-Murphy, M. E., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., & Williams, J. L. (2011). Assessing the toll of traumatic loss: Psychological symptoms in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303.
- Mira, M. H. N. (1998). *A redescoberta do eu na perda*. Rio de Janeiro: C3Studio
- Nakajima, S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions Of The Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170273. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
- Neri, A. L., & Vieira, L. A. (2013). Bem-Estar Psicológico em Idosos: A influência de aspectos emocionais, cognitivos e funcionais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 75-89.
- Neymeyer, R. A. (1998). The Language of Loss: Grief Therapy as a Process of Meaning Reconstruction. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning Reconstruction and the Experience of Loss*. (pp. 261-292) Washington: American Psychological Association
- Nickerson, A., Liddell, B. J., Maccallum, F., Steel, Z., & Silove, D. (2022). Prolonged Grief in Older Adults: Characteristics and Health Implications. *Aging & Mental Health*, 26(1), 5-12.
- Nolen-Hoeksema, S. & Davis, C. G. (2002). Positive Responses to Loss. Perceiving Benefits and Growth. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 598-607). New York: Oxford University Press.

- Novo, R. F. (2003). *Para Além da Eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Textos universitários de ciências sociais e humanas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Novo, R. F., Neto, D., Marcelino, A., & Santo, H. (2006) Estudo de validação de medidas de bem-estar psicológico em amostras com e sem psicopatologia identificada. *Trabalho apresentado na IX Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: formas e contextos*. Braga: Universidade do Minho.
- Oliveira, C. (2014). *A identidade do idoso no processo de institucionalização: estudo exploratório* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum.
- OMS. (2017). Organização Mundial de Saúde. *Relatórios de avaliação da Organização Mundial da Saúde para sistemas de saúde mental (OMS-AIMS)*.
- Parkes, C. M. (1971). *Psycho-social transitions and the process of grieving*. *British Journal of Medical Psychology*, 44(3), 221-232.
- Parkes, C. M. (1998). *Attachment, Loss, and Grief: A Comprehensive Overview*. In: "The Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention" (pp. 47-72). Cambridge: Cambridge University Press.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista de Letras da Universidade do Porto*, XXV, 275-287.
- Pereira, É., Teixeira, C., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250.
<https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>

- Pinto, P. F., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2007). Envelhecimento activo e estilos de vida saudáveis: a actividade física. *In Forum Sociológico*. Série II (17).
- Pocinho, R., Castro, J., Santos, G. & Rosa, C. M. (2015). Redes de amigos e vizinhança como fator de proteção social para pessoas idosas isoladas: Estudo piloto em aldeias concelho da Guarda. *Polêm!ca*. 15(3)11-24.
- PORDATA. (2023). *Envelhecimento da população*. Disponível em <https://www.pordata.pt>
- Portaria nº 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). Diário da República: I série, nº58. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/67-2012-553657>
- Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., & Goodkin, K. et al. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *Plos Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prizentelli, C. C (2008): *Coração Partido: O luto pela perda do Cônjuge*. São Paulo: Dissertação para a obtenção do grau Mestre em Psicologia Clínica. Universidade Católica de São Paulo.
- Resende, M. C. D., & Neri, A. L. (2009). Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em estudo*, 14, 767-776.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Rolim, L., & Canavarro. M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério In M. C. Canavarro (Eds. 2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., & Doering, B. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 287, 301-307.

- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 141-166.
- Ryff, C. (1989). Beyond ponce de leon and life satisfaction: new directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, pp. 35-25.
- Shear, M. K. (2015). *Complicated Grief*. *New England Journal of Medicine*, 372, 153-160.
- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (2010). The course of normal grief. *Handbook of Bereavement*, 1, 23–43. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511664076.003>
- Silva, M. A., & Cruz, T. T. (2017). *Estudo de Caso sobre o Processo de Luto em Idosos Institucionalizados*. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19(1), 45-58.
- Simões, A. (2013). Cuidados em Fim de Vida em Lares de Idosos. Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 17(1), 31-61.
http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23910/1/PE17-1_31_61.pdf
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). *Health outcomes of bereavement*. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.
- Turatti, B. O. (2012). Implicações da viuvez na saúde: Uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty [Implications of the widowhood in health: A phenomenological approach in Merleau-Ponty]. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 3(1), 32-38.
- Vieira, A. (2017). *Os lares de idosos que queremos: organização e liderança* [Dissertação de mestrado, Universidade da Madeira]. Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira.
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.

Worden, J. W. (1980). *Terapia do luto. Um manual para profissionais de saúde mental* (2a Ed.).

Artes Médicas: Porto Alegre.

Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (4ª ed.) Barcelona: Paidós

World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. World Health Organization: Geneva.

World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11ª ed).

Xiang, Z., Tan, S., Kang, Q., Zhang, B., & Zhu, L. (2019). Longitudinal effects of examination stress on psychological well-being and a possible mediating role of self-esteem in Chinese high school students. *Journal of Happiness Studies*, 20(1), 283-305.

<https://doi.org/10.1007/s10902-017-9948-9>

Anexos

Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Lusíada, venho solicitar a sua colaboração para a participação do estudo sobre os processos de luto e bem-estar psicológico.

O estudo está a ser realizado por mim com a orientação do Professor Doutor António Rebelo. Informo que os dados recolhidos são totalmente confidenciais e que apenas se destinam a fins académicos.

A sua participação é totalmente livre e poderá desistir em qualquer altura, se assim o desejar.

Declaro que tomei conhecimento dos termos de consentimento informado e aceito participar nesta investigação.

SIM

NÃO

Assinatura do participante

Pedido de Autorização às Instituições

Exma.
Direção Técnica do
Morada
Código Postal

Maria Carolina S. Gonçalves, aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Lusíada, no âmbito da Dissertação de mestrado subordinado ao tema: **“A perda do cônjuge em idosos institucionalizados – o luto prolongado e o bem-estar psicológico”**, vem por este meio solicitar autorização para recolher dados na Instituição que V. Exa. dirige. Para a realização desta investigação pretende-se utilizar questionários de curta duração e fácil realização, dirigidos ao idoso.

Pretendemos com este trabalho testar se a institucionalização dos idosos surge como fator protetor ou de risco nos processos de luto, bem como perceber se os idosos institucionalizados têm maior propensão a um luto prolongado face a idosos não institucionalizados. É de ressaltar a importância do bem-estar psicológico desta população que vivenciou a perda do cônjuge. Refiro também que este estudo não acarreta qualquer encargo financeiro ou outros para a instituição e todos os envolvidos o serão de forma voluntária e anónima. Os resultados da investigação serão disponibilizados, caso seja esse o desejo da instituição.

Disponho-me a dar qualquer informação acerca deste assunto sempre que o desejarem.

Agradeço a V. Exa. a sua atenção, com os meus sinceros cumprimentos,

Questionário Sociodemográfico

1. **Sexo:** Masculino Feminino
2. **Data de Nascimento: (dia/mês/ano)** __/__/____
3. **Estado civil atual:** Solteiro Casado Viúvo/viúva Divorciado/Separado
4. **Institucionalizado(a):** Sim Não
5. **Há quanto tempo se deu a sua perda?** 0-6 meses 6meses-1ano 1-2anos
+ de 2 anos
6. **Foi capaz de pedir ajuda ou reconforto quando necessitou?** Sim, sempre que necessitei Sim, em algumas ocasiões Raramente Nunca
7. **Como está a lidar com a perda neste momento?** Eu estou bem, não há problema
Eu estou a fazer um grande esforço É muito difícil, mas estou a sobreviver
É muito difícil, e não sei se vou conseguir Estou completamente destruído(a)

Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado (PG-13)

PG-13

(validação portuguesa Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2012).

INSTRUÇÕES DA 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

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente 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 confuso 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

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Por favor, indique com um círculo o número adequado correspondente ao que tipicamente sente em resposta a cada questão.

	Não, de	Ligeirame	Razoavelme	Bas	Extremame
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é desde a sua perda (i.e., 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 tido 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 ainda dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente dormente 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

INSTRUÇÕES DA PARTE III: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

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

_____ Não

_____ Sim

Escalas de Bem-Estar Psicológico de Ryff (EBEP)

Versão Reduzida construída e adaptada a partir das *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989) por Rosa Novo (FPCE-UL), M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta (2006).

As afirmações que a seguir se apresentam pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a). Leia cuidadosamente cada uma delas e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a). Deverá colocar um círculo à volta do número que melhor representa o seu grau de concordância/discordância com cada uma das afirmações.

	Discordo	Discordo em Gra	Discordo	Concordo	Concordo em Gra	Concordo
1. Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
3. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	1	2	3	4	5	6
4. Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5	6
5. Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	1	2	3	4	5	6
6. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	1	2	3	4	5	6
7. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5	6

8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	1	2	3	4	5	6
11. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5	6
12. Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	1	2	3	4	5	6
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	1	2	3	4	5	6
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	1	2	3	4	5	6
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	1	2	3	4	5	6
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	1	2	3	4	5	6
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.	1	2	3	4	5	6
18. Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.	1	2	3	4	5	6