

LUTO E RELIGIOSIDADE

(2006)

Monografia realizada no âmbito da Licenciatura em Psicologia

Cátia Daniela Rodrigues Carvalho

Licenciada em Psicologia pelo Instituto Superior da Maia, Portugal

Orientador:

Prof. Doutor José Martins

Email:

catiadrcarvalho@hotmail.com

catiadrcarvalho@gmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objectivo verificar se a religiosidade tem impacto na reacção de luto. Participaram 32 sujeitos que passaram por uma experiência significativa de luto. Foi aplicado a cada sujeito o Questionário sobre o luto (QSL), o Questionário de avaliação do sobrenatural (QAS3) e o The Ways of Religious Coping Scale (Worcs).

Os resultados da investigação apontam no sentido de uma forte associação entre a religiosidade, mecanismos de coping religioso e reacção positiva face ao luto.

Palavras-chave: Reacção ao luto, religiosidade intrínseca, religiosidade extrínseca, mecanismos de coping religioso

INTRODUÇÃO

Numa altura, em que cada vez mais se fala na secularização, é importante compreender que manifestações e que impacto tem a religião em acontecimentos de vida como o luto.

O interesse por este tema surgiu de toda a curiosidade que deriva dos mistérios que circundam a morte e a religião.

Sendo a morte condição da vida, porque não estudá-la e tentar compreendê-la. Já Philippe Ariès (1988) considerava que, o que é verdadeiramente mórbido não é falar da morte, mas antes nada dizer sobre ela.

Sabemos que em termos culturais, a morte é influenciada pelas crenças que imperam na sociedade, contudo desconhecemos ainda a importância que efectivamente essas crenças detêm na resposta a essa inevitabilidade.

Segundo Boudreaux et al. (1995), a maioria das pesquisas sobre religião, são baseadas em algumas perguntas simples que avaliam a afiliação religiosa, grau de religiosidade e presença em serviços religiosos, nomeadamente os estudos de Anson, Carmel e Bonneh (1990) e Schafer e King (1990). No entanto, nos últimos anos, os investigadores têm despertado para a pesquisa relativamente ao papel da religião e estratégias de coping religioso na saúde e bem-estar, como por exemplo, o estudo de Faria e Seidl (2006).

Neste sentido, surge o interesse em estudar a reacção de luto na sua relação com a religiosidade, bem como, o tipo de mecanismos de coping religioso utilizados.

Assim, a primeira parte do trabalho reporta-se a conceitos relacionados com a morte, o luto, a religiosidade e ainda os mecanismos de coping religioso. A segunda parte do trabalho incidirá no estudo empírico relativo à temática em estudo, seguindo os trâmites da metodologia científica que se segue: descrição da metodologia utilizada ao longo do estudo, explicitação dos objectivos a que nos propusemos, descrição da população alvo, levantamento de problemas de investigação, planeamento, descrição dos instrumentos utilizados e procedimentos.

Por fim, seguir-se-á a apresentação dos resultados e sua discussão, não esquecendo ainda a abordagem às limitações do estudo, bem como, uma breve reflexão final do tema, tendo em consideração os resultados alcançados.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1 – VISÃO ANTROPOLÓGICA DA MORTE

1.1 - Perspectiva histórica

Numa época em que vários tabus começam a ser quebrados (por exemplo, sexualidade, religião), a morte continua a ser um tema que a sociedade persiste em ignorar. Alguma dificuldade reside no facto de se tratar de uma realidade e um conceito relativo, complexo, mutável, dependente do contexto situacional (Kastenbaum e Aisenberg, 1983, cit por Barros, 1998). No entanto, é um acontecimento perante o qual cada indivíduo se vê inevitavelmente confrontado ao longo da sua vida (Scott, 1993).

“Só o homem tem consciência da morte, e desde os primórdios da sua existência que começou a construir túmulos e a prestar culto aos mortos” (Barros, 1998, p. 8). Porque a ela não escapamos e porque seus horrores e medos nos assombram, tal como Ruffié (1987, cit por Barros) designou: “este fim miserável, que a todos nos torna iguais, é uma razão mais para nos mostrarmos modestos” (p. 11).

Desde sempre o Homem se inquietou com a sua existência e mais ainda com a sua finitude. Na verdade, tomamos consciência de forma mais clara dessa finitude a partir da morte dos outros, principalmente daqueles que nos estão próximos. Contudo, é sobre a nossa própria morte que emergem as nossas angústias (Coe, 2005).

Ao Homem estão associados grandes feitos históricos, nomeadamente descobertas científicas, avanços tecnológicos que em muito contribuíram para um grande crescimento e industrialização da sociedade. Porém, a morte teima em ser um dos mistérios que o Homem não consegue desvendar e derrotar.

“A vivência da morte varia de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de individuo para individuo” (Ferreira, 2005, p. 43). De acordo com Morin (1997, cit por Giorgi, s/d), retratando tempos longínquos, os mortos dos povos musterenses eram cobertos de pedras com o intuito de protegê-los dos animais e evitar que voltassem para junto dos vivos. Mais tarde, eram ainda depositados alimentos e as armas do morto sobre a sua sepultura.

Desde os tempos mais remotos, são incontestáveis as várias transformações em torno da vivência da morte. Neste sentido, é de salientar o trabalho elaborado pelo historiador Philippe Ariès, no qual se debruçou sobre este tema, dividindo as várias atitudes perante a morte em cinco modelos.

Segundo este autor (2000), até ao século XII, predominou o conceito de *morte domada*, onde a morte era considerada familiar, próxima. Actualmente, esta visão da morte está apagada

dos nossos costumes, tornando-se mesmo difícil compreender a sua essência. Naquela época, a morte era aguardada pelo moribundo com a maior naturalidade e habitualmente no seu quarto acompanhado dos seus familiares, padre, médico, companheiros e vizinhos. Havia um ritual a cumprir, onde o moribundo pedia perdão pelas suas culpas, doava os seus bens e aguardava a chegada da morte. O início da Idade Média era assim marcado por uma familiaridade com a morte, sendo esta considerada um acontecimento público. Toda esta passagem era caracterizada pela sua discrição, onde gestos emocionais excessivos não tinham lugar.

As sepulturas, até então anónimas, reaparecem com inscrições e retratos, o que mantém estreita relação com a preservação da identidade do indivíduo após a morte. Irrompe assim, a noção de *a morte de si próprio* nos séculos XV e XVI, onde o cadáver foi associado ao horror da morte física e da decomposição através da arte e da literatura. A ocultação definitiva do cadáver e o costume prolongado do testamento, assumem um papel de extrema importância neste modelo (Ariès, 2000).

Posteriormente, surge um novo modelo, *a morte distante e próxima*. De acordo com Ariès (1988), pronunciando-se sobre a nova face da morte: “Esta, naquilo que antes tinha de próximo, de familiar, de dominado, afastou-se pouco a pouco para o lado da selvajaria violenta e dissimulada, que mete medo” (p. 366). Essencialmente, este modelo refere-se ao medo que a ideia e presença da morte despoletava. Um dos grandes medos desta época era o medo de ser enterrado vivo, o que pressupunha a existência de um “ (...) estado misto e reversível, feito de vida e de morte” (p. 367). A grande preocupação está na *morte aparente*. Com efeito, surgem com grande frequência nos testamentos, precauções subjacentes à confirmação da própria morte. Assim, nos testamentos figuravam imposições como: a permanência do corpo no leito durante 48 horas e a escarificação, designadamente, golpes nos calcanhares.

No decorrer do século XVIII, o Homem dá um novo sentido à morte. Digamos que, a morte deixa de ser a *morte romântica* de si próprio e passa a ser *a morte do outro*. Torna-se num acontecimento dramático e violento, encarado como uma transgressão, onde é roubado o homem à sua família. Inicia-se aqui, o culto aos cemitérios, bem como, manifestações em memória do falecido. O luto passa a ser exagerado, a atenção foca-se na família e não no morto. Não se teme a própria morte mas antes a morte do outro (Ariès, 1988).

Se até então, se esperava pela morte em casa, em meados do século XIX e início do século XX, a visão da morte sofre uma grande transformação, precisamente pela troca desse espaço pelo hospital. Nasce o conceito de *morte invertida*. Outrora, competia aos familiares informar o moribundo de que estava a morrer. Actualmente, afirma-se como um dos principais deveres dos profissionais de saúde, dissimular a gravidade do estado real em que se encontra o doente e esconder deste, que o seu fim está próximo. A morte passa a ser vista como vergonhosa, assunto interdito, tabu, sendo todas as manifestações excessivas julgadas como anormalidades e descabido qualquer culto, como a visita ao cemitério (Ariès, 1988).

Hoje, a morte parece dotar-se do seu carácter mais selvagem e sombrio, na medida em que, são operados os maiores esforços no sentido de escondê-la, silenciá-la, ocultar todo o sofrimento e dor por ela causado. Glaser e Strauss (1966, 1968, cit por Barros, 1998), constataram que nas sociedades industriais, o agonizante deixou de sentir a morte chegar, pois esses sinais são-lhe ocultados pelos médicos e familiares, sendo também feito o adiamento da sua morte nos hospitais. Tal como Elias (2001, cit por Menezes, 2004) proferiu, nos nossos dias, morremos higienicamente e sem odores em hospitais, onde o hábito é coordenar uma estruturação social para o evento de morrer.

1.2 - O medo da morte

De acordo com Singh, A., Singh, D. e Nizamie, S. (2003), do ponto de vista biológico, a morte é a cessação de todas as funções vitais. Mas, sob uma perspectiva mais ampla como a psicológica, social e cultural, a morte é muito mais do que a etapa final de um processo biológico, é a única certeza da vida. Todavia, os seres humanos possuem capacidade cognitiva para entender esta inevitabilidade e para a temer. Segundo Ardelt (2000), é esperado que pessoas sábias, instruídas, não tenham medo da morte, uma vez que, entendem a verdadeira natureza da existência, vivem uma vida significativa, e, portanto, são capazes de aceitar a vida assim como a morte.

Quando afirmamos que não temos medo da morte, estamos a ser puramente intelectuais. Porém, temos conhecimento de que se esse medo se apoderar obsessivamente da nossa mente, deixamos de ter um bom funcionamento psíquico (Escudeiro, 2005). Tal como proferiram Barros e Neto (2004), a morte pertence a todas as idades e condições e está na origem de muitos sintomas e perturbações psíquicas, nomeadamente as insónias, a depressão, doenças psicossomáticas, vários medos e obsessões que, no fundo, são medos da morte.

De acordo com Cesar (s/d), de um ponto de vista geral, o medo da morte é o resultado de um tabu. Se tivéssemos uma maior familiaridade com a própria ideia da morte, não a consideraríamos uma tragédia.

Para Becker (1973, cit por Escudeiro, 2005), o medo da morte é a mãe de todas as angústias e, ao mesmo tempo, o motor de toda a actividade humana. Este medo, não aponta para uma única direcção no que concerne à sua etiologia, sendo considerado algo que não é natural, inato. Pelo contrário, é produto da sociedade.

Por outro lado, para os defensores da *mentalidade mórbida*, o horror da morte é inato e característico de todos os seres humanos. Ninguém está imune ao medo da morte, e à influência deste, sobre todos os outros medos e receios (Escudeiro, 2005).

Segundo Barros e Neto (2004), vários são os estudos que indicam que o medo da morte nos adultos não é tão evidente (Barros, 1998; Kastenbaum & Aisenberg, 1983). Koocher et al. (1976,

cit por Barros & Neto), verificaram que os alunos do ensino secundário apresentavam resultados mais ansiosos que os alunos do 3º ciclo do ensino básico e ainda relativamente aos adultos.

No que se refere ao género, parecem não surgirem discrepâncias significativas. No entanto, existem investigações onde houve uma maior predisposição para a ansiedade por parte do sexo feminino (Barros, 1998, 2002, cit por Barros & Neto, 2004).

Quanto à possível associação entre o medo e a religião, Powell e Thorson (1991, cit por Barros & Neto, 2004), constataram uma relação positiva entre a ansiedade face à morte, e, uma elevada motivação religiosa intrínseca. Porém, no estudo de Rasmussen e Johnson (1994, cit por Ardel, 2000) essa correlação não foi encontrada.

Relativamente à comparação entre religiões, um estudo intercultural realizado na Índia por Parsuram e Gandhi (1994, cit por Barros & Neto) demonstrou que os muçulmanos são os que atestam uma ansiedade mais baixa perante a morte, contrariamente aos cristãos, que apresentaram os valores mais elevados.

Tal como havia dito Kübler-Ross (1998), partindo de estudos de outros povos, outras culturas e outros tempos, é notório que desde sempre o Homem repudiou a morte e que naturalmente sempre a repelirá. “A morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-lo em vários níveis” (p. 9).

CAPÍTULO 2 – LUTO

2.1 - Luto normal e patológico

Ao abordar a morte e o luto, somos acometidos por pensamentos acerca dos sentimentos avassaladores que a perda dos nossos pais, filhos, irmãos ou qualquer outro ente significativo nos provocaria. Neste sentido, será crucial compreender a importância e consequente influência dos laços afectivos no processo de luto.

Segundo Sanders (1999), uma das teorias que tentou explicar a necessidade do ser humano estabelecer laços afectivos, foi a Teoria de Vinculação desenvolvida por Bowlby em 1980. De acordo com este autor, citado por Doka (s/d), estabelecer vínculos prende-se com o instinto inato e necessário que torna possível a sobrevivência da espécie e potencia sentimentos de protecção e segurança. Esse instinto, será um mecanismo funcional de sobrevivência encontrado em muitos animais sociais. Assim, quando se perde o objecto significativo, determinados comportamentos assumem-se como respostas automáticas perante a perda. Chorar, agarrar, e procurar, foram alguns dos comportamentos observados por Bowlby, como respostas biológicas que procuram restaurar o equilíbrio perdido.

Segundo Sullivan (1956, cit por Sanders, 1999), o processo de luto oferece ao enlutado a oportunidade de se libertar dos laços de vinculação. Nesta perspectiva, poder-se-á afirmar que, quanto mais fortes forem os vínculos estabelecidos, maior será o sofrimento perante uma possível separação/ruptura desse objecto. No entanto, e tal como Sales e Lucena (2000) defenderam, os vínculos não são condição necessária para o luto, como por exemplo, o luto de um adolescente perante a morte de um desportista ou actor famoso, onde não existe qualquer laço afectivo estabelecido.

Considerando toda uma diversidade de perdas incluindo a ruptura afectiva, incapacidade física, morte, estatuto, saúde, divórcio, migração, perda de emprego, entre outras, o luto é visto como um constructo multidimensional, um jogo complexo de reacções fisiológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais (Reed, 1998).

Coimbra de Matos (2001, cit por Galhordas & Lima, 2004), defende que o luto é uma reacção normal à perda de um objecto importante, constituindo uma fase transitória e necessária da readaptação do investimento em novos objectos.

Sob a perspectiva de Freud citado por Medina, Jiménez, Criado e Laborda (2000), o luto consiste em aceitar a realidade da perda e ir desligando a libido do objecto perdido. Já Sanders

(1999), considera o luto como a representação de um estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda.

Ocorrendo este processo em condições normais, parece existir consenso entre os autores, quanto ao seu carácter adaptativo, bem como, quanto à sua universalidade. Tal como havia defendido Lindemann (1944, cit por Doka, s/d), ao considerar o luto como uma síndrome *notavelmente uniforme*, que inclui sintomas físicos e emocionais. Porém, não podemos descurar o seu carácter idiossincrático. Mesmo sendo universal, parece estar profundamente marcado pela forma como cada indivíduo, membro de determinada cultura, o experiencia na sua individualidade. De acordo com Worden (1998, cit por Zilberman, 2003), a dor da perda não pode ser quantificada e cada indivíduo deve ser compreendido na sua necessidade pessoal, com as suas características e reacções particulares.

Existem diversos modelos teóricos que abordam o processo de luto (ver anexo A). De acordo com o modelo de Bowlby (1984, cit por Escudeiro, 2005), o processo de luto desenvolve-se em quatro fases. Logo após a perda, entramos num estado de *entorpecimento*, onde a aflição e a negação da realidade da perda se assumem como características. Posteriormente, entramos na fase do *anseio e busca da figura paterna*. Aqui, sentimos a presença da pessoa que perdemos, sonhamos insistentemente com ela, sentimos o seu cheiro e interpretamos qualquer sinal como a sua presença. Contudo, a realidade impõe-se ao nosso desejo e depois de várias tentativas frustradas para recuperar a pessoa perdida, somos invadidos pelo *desespero e desorganização*. Nesta fase do luto, a raiva e a culpa apresentam-se de forma mais intensa. Procuramos responsabilizar alguém pela perda, sentimo-nos incapazes e temos consciência de que nada mais podemos fazer para recuperarmos o nosso ente querido. Depois de vivida a dor e a tristeza da perda, somos impulsionados para o reestabelecimento do equilíbrio perdido, o que nos levará à última fase do luto – *reorganização*.

No que se refere a outros modelos, Corr (1993, cit por Neimeyer, 2001), enaltece o modelo de Rando e o de Worden, pelo carácter mais activo das tarefas que a pessoa enlutada necessita realizar para superar a perda. Tomando como exemplo o modelo de Rando (1993, cit por Asaro, 2001), o processo de luto implica a realização de algum ou todos os processos “R”:

1. Reconhecer a perda e o seu significado.
2. Expressar sentimentos sobre a perda; reagir à perda; identificar e lamentar quaisquer perdas adicionais e descrever as circunstâncias da morte.
3. Verbalizar a transformação no vínculo emocional com o morto e rever os aspectos positivos e negativos do relacionamento com este.
4. Verbalizar a perda ou as modificações do mundo antigo e verbalizar as reacções específicas (choque e entorpecimento, tensão, raiva, ansiedade, culpa, tristeza, desespero, hostilidade, idealização, depressão e reorganização psicológica).

5. Verbalizar novos pareceres sobre o mundo em geral ou os aspectos particulares do mundo; adaptar-se à nova vida; verbalizar e planear um futuro que não inclua o morto; adoptar novos papéis, habilidades, comportamentos; formar uma nova identidade e auto-imagem tendo em conta todas as mudanças associadas à perda.
6. Redireccionar energia emocional para outras áreas, que pode incluir novos relacionamentos ou, por exemplo, promover causas ou ideias que forneçam uma medida de gratificação ou satisfação.

A par de todas as fases ou tarefas de luto inerentes aos vários modelos teóricos, existe uma diversidade de sintomas fisiológicos, cognitivos, espirituais, emocionais e comportamentais que são esperados (Kagan, 2001). Tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, choque, entorpecimento, inquietude, choro, distanciamento social, incredulidade, sentido de presença do morto, confusão, preocupação e até alucinações, são sintomas que comumente se apresentam no luto (Worden, 1982, cit por Beckwith, 1996). Neste sentido, é importante distinguir luto de depressão. Para Livneh (1991, cit por Galhordas & Lima, 2004), o luto e a depressão podem surgir como reacções semelhantes, diferindo sobretudo nas posições que ocupam num contínuo temporal. Se os sintomas se prolongarem por mais de dois meses ou se incluírem uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora, podem então tomar o diagnóstico de Episódio Depressivo Major (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-IV-TR], 2002). De acordo com Carreteiro (2003), na depressão o sujeito perdeu o amor do objecto, enquanto que no luto, o indivíduo perdeu esse objecto.

Durante este período de adaptação que é o luto, pode ainda surgir outro diagnóstico. O luto patológico. Segundo Middleton, Raphael, Martinek e Misso (1993), em função da multiplicidade de termos e critérios quanto à sua classificação, as formulações actuais tendem a identificar o luto patológico com a intensificação, inibição, adiamento ou prolongamento das respostas decorrentes do luto em si (Domingos & Maluf, 2003).

Segundo Monteiro (2005), para um luto ser identificado como patológico, teriam que estar reunidos alguns dos critérios definidos por Bowlby (1998) e Worden (2001), designadamente, ansiedade extrema face ao falecido, não aceitação da situação de perda, incapacidade de re-investir na vida, em si próprio e/ou nos outros.

Worden (1982, cit por Beckwith, 1996), identificou quatro reacções de luto patológico:

1. Luto crónico, em que o pesar continua durante vários anos;
2. Reacção marcada por uma expressão emocional insuficiente aquando da perda que posteriormente reaparece intensamente;
3. Reacção exagerada que leva o enlutado oprimido a um comportamento desadaptado;

4. Reacções mascaradas podem ser caracterizadas por sintomas físicos, sintomas psiquiátricos, ou comportamentos *acting out*, no entanto, o indivíduo não os associa à perda;

Existem múltiplos factores que contribuem para a complicação do processo de luto. De acordo com Parkes (1998), circunstâncias traumáticas da perda, morte do companheiro ou criança, morte inesperada, múltiplas perdas, mortes por suicídio ou homicídio, baixa auto-estima, personalidade, relação dependente, historial de depressão, problemas sociais, entre outros, são alguns dos factores que aumentam o risco de complicação.

Reed (1998), estudou a contribuição relativa dos factores de risco em explicar as variações nas reacções específicas de luto de uma morte repentina. Os resultados deste estudo indicaram que as características dos sobreviventes, modo da morte e suporte social são determinantes influentes na sintomatologia do luto.

Numa outra pesquisa de Reed (1993), relativamente ao género e sintomatologia do luto, não foram encontradas diferenças significativas (Reed, 1998).

Outros estudos, examinaram o impacto da idade no luto, demonstrando uma associação negativa. Pessoas enlutadas mais jovens, exibem grande angústia e depressão (Vachon et al., 1982; Zisook & Shuchter, 1991; Roach & Kitson, 1989), e ansiedade (Roach & Kitson, 1989; Zisook & Shuchter, 1991) relativamente a pessoas mais velhas (Reed, 1998).

2.2 - A expressão de sentimentos e suporte social

As restrições da manifestação aberta de afectos relativamente à perda, remontam ao século XIX e os seus vestígios perduram como uma das características da civilização ocidental cada vez mais secularizada, menos ritualizada e com tendência a negar a morte (Domingos & Maluf, 2003).

Para Ricoeur (1994, cit por Freire, 2005), quando se abate o sofrimento sobre alguém, é sempre solitário, inominável e, uma vez incomunicável em sua perplexidade e extensão, faz de cada sofredor, específico na sua irresolução e na sua incomunicabilidade.

De acordo com Elias (2002, cit por Freire, 2005), a individualização da dor torna as relações sociais mantidas nos ritos de despedida (como o luto), fragmentadas, superficiais e constrangidas, pela falta de noção daquilo que pode ou deve ser dito, transformando a expressão dos sentimentos minimizada e as condolências “padronizadas”.

O indivíduo que perde alguém não encontra espaço para falar da sua dor nos grupos quotidianos e, por outro lado, aqueles que estão próximos não oferecem ajuda por entenderem que devem respeitar a dor do enlutado ou, ainda, não tocam no assunto da morte por medo de se

contaminarem, de sofrerem ou se angustiarem com a ideia de que a morte vai acontecer com os próprios (Koury, 2003, cit por Freire, 2005).

Frequentemente, negar ou reprimir os sentimentos intensifica e prolonga o processo de luto. A maioria das pessoas acham que conversar sobre os seus sentimentos ajuda-os a lidar e aceitar a perda. O importante, é não construir paredes em redor de si próprios e não se distanciarem dos outros por medo de se magoarem. Se os outros não oferecem ajuda, devemos pedi-la (Idaho State University, 1993).

De acordo com Boelen, Bout & Hout (2003), embora a perda de um ente querido seja geralmente considerada um dos acontecimentos de vida mais stressantes que uma pessoa pode vivenciar, a maioria dos indivíduos recuperam da perda sem ajuda profissional. Não obstante, como forma de ajudar as pessoas enlutadas na expressão dos seus sentimentos, foram surgindo iniciativas como as entreajudas. Segundo Rebelo (2003), a partilha das emoções do luto, em grupos de discussão temática, possibilita às pessoas encontrarem saídas individuais para os problemas de conflito social inerentes às fases de indiferença e desorganização emocional que caracterizam esse processo (Rebelo, 2005).

Podendo o processo do luto, adquirir diversas trajectórias que podem assumir contornos patológicos, devemos olhar o luto como um processo que deve ser vivenciado de forma natural pelo indivíduo, na medida em que, contribui para a redução do stress, favorece a aceitação e a elaboração da perda, tentando assim, evitar complicações patológicas (Souza & Shimma, 2004).

CAPÍTULO 3 – RELIGIOSIDADE

3.1 - Religião

Para apreendermos todos os mistérios indivisíveis da religião, é importante compreender a ligação desta com a cultura. Por definição, cultura é a soma total dos conteúdos, modos de pensamento e comportamentos que distinguem os diferentes grupos de pessoas, e tendem a ser transmitidos de geração em geração (Parkes, Laungani & Young, 2003).

Segundo os mesmos autores, é um conceito abrangente, marcado e caracterizado pela história, religião, tradições, valores, sistema de comunicação e normas de conduta.

Entre as inúmeras características associadas à cultura, é a religião a que detém maior importância. De acordo com Barros (2000), a religião é uma das dimensões mais importantes da vida humana, na medida em que,

Ela influencia o sentido da vida e da morte, o modo como se encara o mundo e os homens, as alegrias e o sofrimento, o modo como se vive a vida familiar (atitude frente ao divórcio, ao aborto, ao número de filhos, etc.), a maneira como se interpreta e vive a sexualidade, a tolerância ou o racismo, a política, a profissão (p. 5).

Erikson (1958, cit por Neto, 1997) descreve religião como a força ordenadora capaz de traduzir e dar sentido à escuridão que rodeia a existência humana, e a luz que permeia além de toda a compreensão.

De acordo com Durkheim (2000, cit por Baltazar, 2003), as religiões estruturam-se sobre as grandes ideias e atitudes rituais que as caracterizam, nomeadamente, a distinção entre o sagrado e o profano, a noção de alma, de espírito, de personalidade mítica, de divindade e ritos de expiação.

Glock (1962, cit por Neto, 1997), identificou cinco dimensões básicas da religião. A dimensão ritualística que se refere à frequência a serviços religiosos ou práticas religiosas; a dimensão vivencial que assinala o conhecimento directo da realidade essencial que deriva da experiência ou emoção religiosa; a dimensão ideológica como o sistema de crenças; a dimensão intelectual, alegando o conhecimento das doutrinas ou textos sagrados; e a dimensão consequential baseada nas boas obras ou efeitos das outras dimensões.

Ao abordar a religião, é importante clarificar os conceitos de religiosidade e espiritualidade. Segundo Lukoff (1992, cit por Faria & Seidl, 2005), a religiosidade define-se como a adesão a crenças e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada. Para Geertz (1989, cit por Baltazar, 2003), religiosidade é um conceito que representa o *ethos* de um povo, ou seja, o estilo de vida, as disposições morais e estéticas, o carácter e a visão do mundo. Já a espiritualidade, refere-se à pessoa que acredita, valoriza ou tem devoção por algum poder considerado superior, contudo, não possui necessariamente crenças religiosas ou devoção por qualquer religião (Worthington, Kurusu & McCullough, 1996, cit por Faria & Seidl, 2005).

Ainda dentro do constructo de religiosidade, é relevante discriminar religiosidade intrínseca de extrínseca. De acordo com Payne (1991, cit por Neto, 1997), a vertente intrínseca é um compromisso, onde a religião é vista como um fim, vivida de modo não egoísta, preocupando-se mais com os princípios do que com as consequências.

Quanto à vertente extrínseca, é a religião de conforto e convenção social, é utilitária, serve a si próprio, subordina a religião a objectivos não religiosos (Kahoe, 1985, cit por Neto).

Em síntese, a pessoa motivada intrinsecamente vive a religião, enquanto que motivada extrinsecamente, usa a religião (Allport & Ross, 1967, cit por Neto).

A religião e sua heterogeneidade, incute em cada indivíduo um estilo próprio e comportamentos religiosos diversos. Neste sentido, Fowler (1994, cit por Neto, 1997) definiu experiência religiosa como individual, uma vez que, perante a mesma crença, estão subjacentes comportamentos distintos entre os indivíduos.

Quanto à crença religiosa que parece indissociável de qualquer religião, Eliade (1996, cit por Baltazar, 2003) define-a como um conjunto de significações válidas, que não são susceptíveis de descrição concisa, no entanto, organizam os ritos e práticas religiosas.

Fazer a opção por determinado credo e defender determinadas crenças e práticas, deverá cruzar com uma liberdade absoluta. De acordo com Silva (2004), essa liberdade deve incluir também a liberdade de não-crença, da expressão de ateísmos, agnosticismos ou da simples indiferença frente aos valores religiosos.

Toda a pessoa que se afirma crente, apenas será, se efectivamente, a sua conduta manifestar consonância com os pressupostos da própria crença. “Só quando há coerência entre a fé e a vida, é que uma pessoa é verdadeiramente religiosa. De contrário, diz-se ou parece religiosa, mas na realidade não o é” (Barros, 2000, p. 139).

Segundo o mesmo autor, os valores estatísticos sobre a crença no além ou na vida eterna variam de nação para nação e dependem também da religião dominante, bem como, da percepção da própria crença. Partindo do estudo de Hood et al., (1996, cit por Barros, 2000), são as mulheres e os iletrados de nível mais baixo que se mostram mais crentes, quanto ao género e nível sociocultural, respectivamente.

Quanto à relação da religião, crenças religiosas e o luto (objecto de estudo deste trabalho), é de relevar os resultados alcançados por Walsh, King, Jones, Tookman e Blizard (2002), num estudo prospectivo com 129 parentes e amigos próximos de pacientes com doenças terminais, onde foi analisado o efeito das crenças espirituais no luto. Os autores concluíram que 43% tinham forte espiritualidade, 41% tinham pouca espiritualidade e os restantes 16% não relataram qualquer crença religiosa. Entre as 95 pessoas que participaram nas avaliações de acompanhamento, as que tinham forte espiritualidade recuperaram firmemente do luto e relataram progressivamente menos sofrimento com o luto no primeiro, nono e décimo quarto meses de acompanhamento. Já, os participantes com baixa espiritualidade, relataram pouca mudança no sofrimento por causa do luto até depois do nono mês de acompanhamento. Quanto às pessoas sem crença religiosa, estas manifestaram uma breve melhoria no sofrimento com o luto entre o primeiro e o nono mês de acompanhamento, no entanto, e após esse período, apresentaram uma intensidade renovada do luto que era ainda evidente no décimo quarto mês de avaliação.

A conclusão que nasce com este estudo, é de que as pessoas que possuem crenças religiosas, em situações de luto, superam e completam mais rapidamente o próprio processo do que pessoas que não possuem tais crenças (Walsh et al., 2002).

Da mesma forma que toda a Humanidade se assume como diversa historicamente, etnicamente e linguisticamente, o mesmo acontece na religião. Esta imensa diversidade persiste entre ateus e religiosos, entre formas distintas de religião (cristãos e budistas), entre ramos religiosos com pontos em comum (judeus e muçulmanos), entre expressões internas de uma mesma religião, e, entre expressões geográfico-históricas da mesma fé, como por exemplo, católicos espanhóis e católicos norte-americanos (Silva, 2004).

É de salientar, toda esta diversidade e sua conseqüente disparidade na forma como vivenciam a morte. No entanto, o aprofundamento deste aspecto não é pertinente para este estudo.

3.2 - Ateísmo

Ateísmo refere-se à descrença em qualquer deus, deuses ou entidades divinas. Em termos gerais, o ateu é visto como alguém que aspira à objectividade e que recusa qualquer dogma (Wikipédia, 2006). De acordo com Barros (2000), o ateísmo trata de uma opção contra a atitude religiosa.

Segundo o mesmo autor (2000), existem várias espécies de ateísmo. O ateísmo vulgar que toma forma nos slogans e preconceitos contra Deus; o ateísmo prático onde o dinheiro, o prazer e o poder é que são os verdadeiros deuses; o ateísmo existencialista ou humanista onde impera a crença de que Deus tem que morrer para que o homem viva; o ateísmo revoltado ou militante que

partiu da revolta de Nietzsche que declarava morte a Deus; o ateísmo ético que se baseia na descrença em Deus pelo facto de existir tanto mal e sofrimento no mundo; ateísmo científico assente na ideia de que um dia a ciência e a tecnologia substituirão Deus; ateísmo sociológico ou económico que se refere à religião como o ópio do povo; e finalmente o ateísmo psicológico que deriva da concepção da religião como uma “neurose obsessiva”, como uma “ilusão” sem futuro.

Vergote (1966, cit por Barros, 2000), enumerou os processos psicológicos mais presentes no ateísmo, nomeadamente, *a defesa contra o divino*, na medida em que, desde os tempos mais antigos, o divino e o sagrado eram tidos como ameaças; *a valorização da razão*, uma vez que, Deus se opõe à razão que não admite mistérios nem verdades eternas; *o mito do filho rebelde*, tal como Nietzsche afirmara, o homem como um ser por natureza revoltado; e *a legitimação do prazer* (sexual ou outro) por culpa de toda a contestação da religião.

CAPÍTULO 4 – MECANISMOS DE COPING

4.1 - O stresse

Quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida perturbadores, o seu organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se a eles (Bishop, 1994, cit por Costa & Leal, 2006).

A resposta de stresse pode desencadear alterações a nível biológico, psicológico e do comportamento observável, caso a vivência de stress se prolongue e seja intensa (Serra, 2002).

De acordo com Costa e Leal (2006), o stresse é a relação que se estabelece entre as situações ou acontecimentos perturbadores e as reacções do organismo (sentimentos, pensamentos e comportamentos).

Lazarus e Folkman (1984, cit por Gonçalves, 2004), elaboraram o modelo transaccional de stresse, que defende que a resposta de stresse ocorre quando as exigências da situação ultrapassam os recursos comportamentais e cognitivos disponíveis no indivíduo. Assim sendo, o indivíduo avalia a situação, e dependendo do significado que esta representa para si, a sua reacção será determinada pela percepção da situação como mais ou menos ameaçadora (Lazarus & Folkman, 1984, cit por Leal & Costa, 2006).

Segundo os mesmos autores, através da avaliação primária e secundária, o indivíduo avalia o potencial stressante de uma situação e os recursos de coping necessários. Enquanto que na primeira, o indivíduo procura conhecer o significado que o evento poderá exercer sobre o seu bem-estar (positivo, negativo ou indiferente), na segunda, quando a situação é vista como negativa, ocorre a avaliação dos recursos disponíveis para enfrentá-la.

Avaliada a situação como perturbadora, o indivíduo emprega estratégias de coping para ultrapassar o conflito (Sordes-Arder, Fsián, Esparbés & Tap, 1996, cit por Costa & Leal, 2006).

Para Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986, cit por Faria & Seidl, 2005), o coping é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objectivo de lidar com exigências específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stresse, avaliadas como superiores aos seus recursos pessoais.

O modelo transaccional de stresse, refere o coping como um processo ou uma interacção entre o indivíduo e o ambiente, cuja função, é gerir a situação stressora, e não dominá-la. Os processos de coping pressupõem uma avaliação, ou seja, a atribuição de significado, o que constitui uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para gerir (reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências internas ou externas que surgem da sua interacção com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980, cit por Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Folkman e Lazarus (1980), propõem ainda a divisão de coping em duas categorias funcionais, nomeadamente, o coping focado no problema e o coping focado na emoção, que por sua vez, deram origem aos factores principais utilizados para definir dois tipos de estratégias de coping (Antoniazzi et al., 1998). Estas estratégias, segundo Snyder e Dinoff (1999) correspondem às respostas do indivíduo, que têm como objectivo diminuir a carga física, emocional e psicológica subjacente aos acontecimentos indutores de stresse (Serra, 2002).

O coping focado na emoção, é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stresse ou resultado de acontecimentos stressores. Este tipo de estratégias são empreendidas ao nível somático e/ou ao nível de sentimentos, tendo como finalidade alterar o estado emocional do indivíduo. Já, no que diz respeito ao coping focado no problema, este constitui-se como um esforço para agir sobre a situação que deu origem ao stresse, tentando modificá-la. A função desta estratégia consiste em alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980, cit por Antoniazzi et al., 1998).

Quanto à opção por estratégias focadas no problema ou na emoção, de acordo com os mesmos autores, o coping focado no problema tende a ser usado em situações avaliadas como modificáveis, enquanto que o coping focado na emoção, tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980, cit por Antoniazzi et al., 1998).

Contudo, parecem emergir outras estratégias de coping, designadamente, focadas na busca de relações interpessoais (Antoniazzi et al., 1998), nas práticas religiosas e distração (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001; Vitalino, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985, cit por Faria & Seidl, 2005), mediante as quais, o sujeito procura a resolução da situação stressante.

4.2 - Coping religioso

Ao abordar o coping, devemos ter em consideração que este é influenciado pela cultura, uma vez que, esta pode modelar as avaliações da situação, o sistema de orientação das pessoas no mundo e as estratégias de coping que podem ser ensinadas e privilegiadas em determinado contexto sociocultural (Faria & Seidl, 2005).

E como quem fala de cultura, refere-se também à religião, de acordo com Pargament (1990), muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e recorrem frequentemente a ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los. Assim, Tix e Frazier (1998) denominaram o coping religioso de estratégias cognitivas ou comportamentais advindas da religião ou da espiritualidade do indivíduo, para lidar com as situações stressoras (Faria & Seidl, 2005).

A necessidade de estudo do coping religioso, defendida por Harrison e cols. (2001), deve-se ao facto de que, ao longo das suas vidas, os indivíduos se depararem com sofrimento, desafios e mudanças, o que os impulsiona para além de suas próprias capacidades, levando-os a um

processo dinâmico de coping, no qual crenças e práticas religiosas podem estar inseridas (Faria & Seidl, 2005).

Na sua revisão da literatura sobre a prevalência do coping religioso, Pargament (1997, cit por Faria & Seidl, 2005) conclui que nem todas as pessoas usam estratégias relativas à religiosidade. São mais propensos a utilizar essas estratégias, aqueles indivíduos cujas crenças e práticas religiosas são parte relevante da sua orientação geral no mundo.

Com o objectivo de fornecerem explicações para resultados de pesquisas sobre religiosidade e saúde, Dull e Skokan (1995) e Siegel e cols. (2001), desenvolveram modelos teóricos onde defendem a concepção de que crenças e práticas religiosas são mediadoras no processo saúde-doença, devido ao desenvolvimento de esquemas cognitivos que podem aumentar os recursos pessoais de coping, permitindo atribuir significado aos acontecimentos stressores (Faria & Seidl, 2005).

Harrison e cols. (2001, cit por Faria & Seidl, 2005), constataram evidências recentes das relações entre coping religioso e uma ampla variedade de medidas de adaptação psicológica. Foram associados significativamente sintomas de ansiedade com estratégias de coping religioso negativo e com religiosidade extrínseca, aquela em que a religião é utilizada como meio para atingir um objectivo. Outra conclusão encontrada por estes autores, foi que, a auto-estima, satisfação com a vida e percepção positiva da qualidade de vida, têm sido associadas ao padrão positivo e à religiosidade intrínseca, cuja base é a crença religiosa propriamente dita, independentemente da obtenção de ganhos secundários.

Ainda nesta perspectiva de pesquisa, foram obtidos resultados que apontaram para que pessoas que têm mais experiência religiosa, demonstram menos ansiedade (Thorson, 1998) e menos depressão (Kennedy, 1998; Koenig, 1998) (Jurkovic & Walker, 2006).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO V – Metodologia

5.1 - Objectivo geral do estudo

O luto assume-se verdadeiramente como um dos acontecimentos de vida mais stressantes. Constituindo uma ruptura na vida do indivíduo, este necessita accionar uma série de mecanismos no sentido de reestabelecer o equilíbrio. Neste sentido, a religião pode assumir um papel importante. Desde as crenças que possuímos acerca da morte ou da vida para além desta, até aos próprios mecanismos de coping religioso que podemos usar perante um acontecimento stressor como a perda de um ente querido, acredita-se que uma série de variáveis poderão ser influenciadas. Tal como Ellison (1991) concluiu relativamente a indivíduos com grande fé religiosa, estes demonstram elevados níveis de satisfação de vida, felicidade pessoal e menos consequências psicossociais negativas perante acontecimentos de vida traumáticos (Jurkovic & Walker, 2006).

Factores associados à experiência do luto, como a expressão de sentimentos, suporte social, designadamente o recurso ao terapeuta, morte repentina ou esperada, capacidade para pedir ajuda e reconforto, idade dos enlutados, género, entre outros, constituem o objectivo geral deste estudo onde o ponto fulcral da pesquisa incidirá na verificação da interacção entre variáveis como a religiosidade, religiosidade intrínseca e extrínseca e consequente utilização de mecanismos de coping interno e externo.

5.2 - Problemas de investigação

Terá efectivamente a religiosidade impacto na forma como os indivíduos reagem ao luto?

Existirão diferenças relativamente à idade, género e habilitações literárias relativamente à manifestação de uma religiosidade autêntica e mecanismos de coping religioso?

5.3 - Procedimento e recolha de dados

Após a apresentação do objectivo de estudo e o pedido de colaboração aceite pelos sujeitos, formalizou-se o consentimento informado.

A recolha de dados iniciou-se com uma entrevista semi-estruturada que visava reunir os dados pessoais e sócio-demográficos dos sujeitos. Posteriormente foram lidas as instruções inerentes à administração dos instrumentos e esclarecidas eventuais dúvidas.

Para a recolha de informação relativamente às variáveis associadas ao luto que se pretendem estudar, foi adaptado, sob a permissão do autor, o Grief Questionnaire. Quanto à medida da religiosidade ou não religiosidade dos elementos que compõem a amostra, foi utilizado o Questionário de Avaliação do Sobrenatural (QAS3). Por sua vez, o Ways of Religious Coping Scale (Worcs), assumiu-se como o instrumento responsável pela avaliação das estratégias de coping religioso interno e externo.

Cada aplicação tinha uma duração de aproximadamente 40 minutos.

5.4 - Amostra

5.4.1 Seleção e características sócio-demográficas da amostra

Partindo de informações fornecidas por algumas agências funerárias e hospitais, foram encetados contactos com famílias em processo de luto, com vista à constituição da amostra.

A amostra é intencional heterogénea, uma vez que, fazem parte desta, apenas indivíduos que tenham vivenciado a experiência de luto. A opção por este tipo de amostragem, prende-se com o facto de garantir a amplitude de representação da variável.

Quanto à caracterização sócio-demográfica da amostra, esta será elaborada de acordo com as informações pessoais dos intervenientes (idade, género, estado civil e habilitações literárias).

Quadro 1: Distribuição da amostra relativamente à idade, género, estado civil e habilitações literárias

| | Categorias | Frequência | Percentagem |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| Idade | Inferior a 30 anos | 14 | 43,8 |
| | De 31 a 60 anos | 15 | 46,9 |
| | Superior a 61 anos | 3 | 9,4 |
| Género | Mulheres | 22 | 68,8 |
| | Homens | 10 | 31,3 |
| | Solteiros | 11 | 34,4 |
| Estado civil | Casados | 18 | 56,3 |
| | Viúvos | 3 | 9,4 |
| | Até ao 4º ano | 8 | 25 |
| Habilitações literárias | Do 5º ano ao 9º ano | 10 | 31,3 |
| | Do 10º ano ao 12º ano | 7 | 21,9 |
| | Superior | 7 | 21,9 |

A amostra é composta por 32 elementos que se distribuem da seguinte forma relativamente às diferentes variáveis sócio-demográficas.

No que se refere à idade, 43.8% (N= 14) têm idade inferior a 30 anos, 46.9% (N=15) têm idade compreendida de 31 a 60 anos, e por último, 9.4% (N=3) têm idade superior a 61 anos. Relativamente ao género, 68.8% (N=22) são mulheres e 31.3% (N=10) são homens. Em termos

de estado civil, verifica-se que 34.4% (N=11) são solteiros, 56.3% (N=18) são casados e 9.4% (N=3) correspondem à classe viúvos. Tal como o quadro indica, 25% (N=8) da amostra em termos de habilitações literárias têm até ao 4º ano de escolaridade, 31, 3% (N=10) tem escolaridade compreendida entre o 5º e o 9º ano, 21.9% (N=7) representa a escolaridade do 10º até ao 12º ano, e por último, o ensino superior representado por 21.9% (N=7).

5.5 – Instrumentos

5.5.1 - *Questionário sobre o luto (QSL)*

Devido à inexistência de um questionário sobre o luto que avaliasse as variáveis que este estudo pretende abordar, partindo de algumas questões do Grief Questionnaire de Candyce Ossefort-Russell, que a autora utilizou na recolha de dados que precedeu a escrita de um livro sobre as mudanças e transformações na vida das pessoas operadas pelo luto, foi elaborado sob a sua autorização, o Questionário sobre o luto (QSL) (ver anexo A).

Este questionário contém questões que se referem ao tempo da perda, se a perda foi repentina ou esperada, se derivou de causas naturais ou não naturais, se o enlutado foi capaz de pedir ajuda, se foi capaz de receber essa ajuda quando oferecida, se obteve apoio e de quem o recebeu, se no momento continua a ter apoio, se é ou foi encorajado a exprimir os sentimentos, se foi capaz de lidar com os sentimentos sozinho, como está a ajustar a sua vida à perda, se acha que o apoio que recebeu/não recebeu influenciou a sua capacidade de enfrentar a perda, se a experiência de luto alterou as suas relações com os outros e, se alterou a forma de estar na vida.

5.5.2 *Questionário de Avaliação do Sobrenatural (QAS3)*

Este questionário elaborado por Martins (2000), consta de três formas, designadas pelas siglas QAS1 (Clientes), QAS2 (Psicoterapeutas) e QAS3 (População).

De acordo com o autor (2000), a elaboração do questionário passou por 6 versões experimentais e uma definitiva. A versão para a população em geral (QAS3) inclui as primeiras sete questões com 32 itens. O presente questionário deu provas de ser um instrumento válido para distinguir com segurança populações religiosas de populações não religiosas. Já, quanto à sua capacidade para diferenciar religiosidade intrínseca de religiosidade extrínseca não é tão seguro, contudo os resultados indicados são já um indicador bastante preciso. Esta informação apoia-se no julgamento de juízes (validade externa) e na consistência interna dos itens próximo de 0.60 em três dos quatro agrupamentos dos itens (validade interna). Posteriormente, voltámos a comprovar que no contexto de uma população mais numerosa e sobretudo mais variada, a escala obtinha índices ainda mais satisfatórios, conforme resultados expressos no quadro seguinte (Martins, 2000):

Quadro 2: Alphas obtidos nas variáveis NR, R, RI e RE para a população

| | Não Religiosidade (NR) | Religiosidade (R) | Rel. intrínseca (RI) | Rel. Extrínseca (RE) |
|-----------|------------------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| População | .58 | .79 | .76 | .49 |

É de salientar que este questionário fornece ainda informações sócio-demográficas, nomeadamente, idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão e ainda relativamente à área de residência (ver anexo B).

5.5.3 *The Ways of Religious Coping Scale (Worcs)*

A Ways of Religious Coping foi desenvolvida por Boudreaux, Catz, Ryan, Amaral-Melendez e Brantley, na Universidade de Louisiana, em meados da década de 90. Segundo estes autores (1995), esta escala foi desenvolvida especificamente para avaliar os domínios internos e externos das estratégias cognitivas e comportamentais de coping religioso. As estratégias de coping internas referem-se às cognições privadas, como as orações, ao contrário das estratégias externas que remetem para o social, nomeadamente, comportamentos como o pedir ajuda a líderes religiosos (Boudreaux et al., 1995).

A versão preliminar da Worcs continha 68 itens. Posteriormente, foi analisada e refinada sendo alguns dos seus itens eliminados. A versão final da escala contém 40 itens avaliados em 4 pontos da escala de Likert: não se aplica (0), aplica-se às vezes (1), aplica-se frequentemente (2), aplica-se muito frequentemente (3) e aplica-se sempre (4). Está dividida em duas subescalas identificadas por análise do factor interno/privado (itens 1, 5, 12, 14, 15, 16, 24, 28, 31-35, 37 e 38) e externo/social (itens 7, 8, 17, 20, 25, 26, 29, 30, 36 e 40) e contém ainda 3 itens reversos (6, 19 e 23). No estudo de validação da escala, esta foi administrada a 163 estudantes. A amostra era composta por 46 homens e 117 mulheres, com formação universitária e idades compreendidas entre os 17 e 47 anos. Com 81% da amostra Caucasiana, 9.2% Afro-Americanos, 6.8% Asiáticos, 1.8% Hispânicos e 0.6% Américo – Indianos. Em termos de afiliação religiosa, esta amostra continha Católicos, Presbíteros, Ateístas, Judeus, Budistas, entre outras (Boudreaux et al., 1995).

É um questionário que pode ser administrado individualmente ou em grupo, sendo que na sua instrução, é pedido ao sujeito que recorde um acontecimento stressor (Boudreaux et al., 1995). Neste caso, que recorde uma situação de perda de um ente querido que se tenha assumido como um evento verdadeiramente significativo. Posteriormente e perante cada item, é solicitado que o sujeito indique qual a categoria (0, 1, 2, 3 e 4) que melhor se adequa (ver anexo C).

De acordo com Boudreaux et al., (1995), este instrumento contribuiu para a literatura como

meio de medida das estratégias de coping religioso, interno versus externo, e, para diferenciar o impacto psicológico e físico como consequência de um evento stressor.

A Worcs demonstrou uma aceitável consistência interna nas subescalas, bem como, na escala completa, sendo o *alpha* de Cronbach 0.95 para a escala completa, 0.97 para a subescala interna e 0.93 para a subescala externa (Boudreaux et al., 1995).

5.6 - Planificação

O desenho de estudo é observacional-descritivo transversal. De acordo com Ribeiro (1999), este tipo de estudo foca geralmente um grupo representativo da população que se pretende estudar, sendo ainda os dados recolhidos num único momento.

As variáveis independentes são a não religiosidade, religiosidade, religiosidade intrínseca e extrínseca, mecanismos de coping interno e externo e as variáveis sócio-demográficas. Como variáveis dependentes figuram as reacções ao luto.

5.7 - Tratamento estatístico

Os dados recolhidos foram processados numa base informatizada e analisados no programa de análise estatística: *Statistical Program for Social Sciences*, SPSS versão 14.0.

CAPÍTULO VI – Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os resultados relativos às análises estatísticas dos dados obtidos a partir da amostra, bem como, a respectiva confrontação com os quadros teóricos de referência abordados nos capítulos de revisão teórica.

6.1 - Resultados

6.1.1 Questionário sobre o luto (QSL)

No que se refere ao tempo a que se deu a perda, 15.6% afirmou que a perda de seu de 0 a 6 meses, 9.4% de 6 meses a 1 ano, 31.3% de 1 a 2 anos, 18.8% de 2 a 5 anos, e finalmente, 25% afirmou que a sua perda se deu a um período superior a 5 anos (ver anexo D).

Quanto à perda repentina ou esperada, 53.1% referiu que a perda foi repentina e 46.9% afirmou que foi esperada (ver anexo E).

No que diz respeito à causa da morte natural ou não natural, 71.9% das perdas deveram-se a causas naturais e 28.1% deveram-se a causas não naturais (ver anexo F).

Relativamente aos dados referentes à capacidade para pedir ajuda, pode-se concluir que as respostas estão divididas. Se 34.4%, que é a percentagem mais alta, se verifica em termos afirmativos no que se refere à capacidade para pedir ajuda sempre que necessitou, 28.1% afirma também que nunca pediu ajuda. Quanto às outras possibilidades de resposta, 21.9% afirmou que pediu em algumas ocasiões e 15.6% afirmou que raramente (ver anexo G).

As percentagens respeitantes à capacidade para receber ajuda são elucidativas. 43.8% e 37.5% para “sim, a maioria das vezes” e “sim, às vezes”, respectivamente, demonstram sem margem de dúvidas que quando é oferecida ajuda e reconforto, geralmente é aceite. Apenas 6.3% da amostra referiu não ser capaz de receber a ajuda e reconforto e 12.5% afirmou que não lhes foi oferecida ajuda (ver anexo H).

Quanto ao tipo de apoio que os sujeitos da amostra afirmam receber, os dados indicam que estes sujeitos receberam sobretudo apoio do de familiares e amigos. Apenas uma pequena percentagem (9.38%) demonstra o recurso ao terapeuta e/ou padre (ver anexo I).

Actualmente, 43.8% dos sujeitos indicam que recebem ainda bastante apoio. Contudo, 40.6% afirma também que neste momento já não recebem apoio, o que poderá estar relacionado com o facto de 75.1% corresponder a perdas que se deram a um período de tempo superior a 1 ano. É de salientar, que uma percentagem de 15.6% gostaria de receber mais apoio (ver anexo J).

No que se refere ao encorajamento para a expressão de sentimentos nos seis meses após a perda, os valores indicam que de uma forma geral, a expressão dos sentimentos foi encorajada (“sim, muito” e “sim, um pouco” com 40.6% e 43.8%, respectivamente). Já, quanto ao desencorajamento dessa expressão, 15.6% foi a percentagem obtida (ver anexo K).

Quanto à capacidade para lidar com os sentimentos de tristeza, 28.1% da amostra assumiu que é capaz de resolver as coisas sozinho, ou seja, não partilhar os seus sentimentos de tristeza. No entanto, 25% afirmou que não gosta de estar sozinho com os seus sentimentos e ainda 46.9% declararam que precisam de algum tempo para si próprios e também para os outros (ver anexo L).

Os sujeitos cuja perda se deu a um período inferior a 1 ano, responderam à QSL10. Neste sentido, apenas 9 sujeitos responderam. Mesmo assim, 12.5% referiu que no momento estão bem e 15.6% assumiu que ainda estão a fazer um grande esforço. Quanto às outras categorias de resposta possíveis (“É muito difícil, mas estou a sobreviver”; “É muito difícil, e não sei como vou conseguir” e “Estou completamente destruído”), estas não obtiveram qualquer percentagem (ver anexo M).

Por exclusão, e em função do tempo decorrido desde a perda, os sujeitos que responderam à QSL10 não responderam à QSL11. Assim, as percentagens obtidas a esta questão derivaram dos restantes 23 sujeitos. Correspondem às categorias de resposta “Estou a fazer um grande esforço, mas estou a recomeçar a minha vida” e “Continuo completamente destruído, mas consigo reconhecer o valor do esforço”, as percentagens mais baixas (6.3% e 3.1% respectivamente). A categoria com a qual os sujeitos mais se identificaram no momento foi “Vai sempre doer de uma maneira ou de outra, no entanto, estou a crescer com a experiência”, com 62.5% das respostas (ver anexo N).

As respostas obtidas na questão referente à influência do apoio recebido/não recebido na capacidade para enfrentar a perda, indicaram que 84.4% considerou que efectivamente o apoio recebido ou não recebido influenciou. No que se refere à não influência deste apoio, apenas 9.4% manifestou concordância (ver anexo O).

Relativamente ao impacto da experiência de dor, que é a perda de um ente querido, 53.1% considerou que as relações com os outros mudaram para melhor, o que contrastou com os 9.4% que defenderam a sua deterioração. Contudo, 37.5% afirmou que as relações não sofreram qualquer alteração (ver anexo P).

Quanto à mudança na forma de estar na vida em função da experiência de dor vivida, 50% considerou que alterou para melhor, 25% para pior e ainda 25% considerou que nada modificou (ver anexo Q).

6.1.2 - Questionário da avaliação do sobrenatural (QAS3)

De uma forma global, este questionário possibilitou a seguinte análise.

Quadro 3: Distribuição da amostra relativamente à não religiosidade, religiosidade, religiosidade intrínseca e religiosidade extrínseca

| | | Statistics | | | |
|----------------|---------|------------|---------|---------|---------|
| | | NR | R | RI | RE |
| N | Valid | 32 | 32 | 32 | 32 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 1,9063 | 10,4375 | 5,2188 | 4,4688 |
| Median | | 2,0000 | 11,0000 | 6,0000 | 5,0000 |
| Std. Deviation | | 1,57315 | 3,75832 | 2,51106 | 1,83135 |
| Minimum | | ,00 | ,00 | ,00 | ,00 |
| Maximum | | 6,00 | 16,00 | 8,00 | 7,00 |
| Percentiles | 25 | 1,0000 | 8,2500 | 3,2500 | 3,2500 |
| | 50 | 2,0000 | 11,0000 | 6,0000 | 5,0000 |
| | 75 | 3,0000 | 13,0000 | 7,0000 | 6,0000 |

Os dados apresentados no quadro, relativamente à não religiosidade (NR), religiosidade (R), religiosidade intrínseca (RI) e religiosidade extrínseca (RE), indicam que efectivamente a amostra apresenta valores médios que vão de encontro com uma religiosidade autêntica e intrínseca (M=10.44 e M=5.22, respectivamente).

6.1.3 - The Ways of Religious Coping Scale (Worcs)

No que se refere aos mecanismos de coping interno e externo utilizados no momento da perda, os valores são isentos de qualquer dúvida (M=27.94 e M=5.72, respectivamente). Neste sentido, o coping interno assume-se inequivocamente como opção válida neste tipo de situação stressante.

Quadro 4: Distribuição da amostra relativamente aos mecanismos de coping utilizados aquando da perda

| | | Statistics | | |
|----------------|---------|--------------|----------------|----------------|
| | | coping total | coping interno | coping externo |
| N | Valid | 32 | 32 | 32 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 61,0625 | 27,9375 | 5,7188 |
| Std. Deviation | | 36,46115 | 17,59571 | 9,33338 |
| Minimum | | 4,00 | ,00 | ,00 |
| Maximum | | 143,00 | 59,00 | 35,00 |

6.2 – Análise dos problemas de investigação

Como o objectivo deste trabalho é avaliar o impacto da religiosidade nas reacções ao luto, centramo-nos especificamente em duas questões do Questionário sobre o luto (QSL), designadamente:

- QSL10 com categorias de resposta: “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 como vou conseguir”; “Estou completamente destruído”.

- QSL11 com categoria de resposta: “*Estou* a fazer um grande esforço mas estou a recomeçar a minha vida”, “Vai sempre doer de uma maneira ou de outra, no entanto, estou a crescer com a experiência”; “Continuo completamente destruído, mas consigo reconhecer o valor na luta”; “Eu nunca me irei sentir melhor e não quero recomeçar a minha vida”.

A análise estatística é essencialmente descritiva, tal como nos indicam os quadros se que seguem. Após cada quadro, serão apresentadas algumas reflexões que consideramos pertinentes e esclarecedoras do objectivo de estudo.

Quadro 5: Distribuição da amostra relativamente à religiosidade e reacção de luto

| Descriptive Statistics | | | | | | |
|---|---|--------------------|----|---------|---------|---------------------|
| qsl10 | qsl11 | | N | Minimum | Maximum | Mean Std. Deviation |
| . | estou a fazer um grande esforço, mas estou a recomeçar a minha vida | NR | 2 | 2,00 | 6,00 | 4,0000 2,82843 |
| | | R | 2 | ,00 | 15,00 | 7,5000 10,60660 |
| | | RI | 2 | ,00 | 7,00 | 3,5000 4,94975 |
| | | RE | 2 | ,00 | 7,00 | 3,5000 4,94975 |
| | | Valid N (listwise) | 2 | | | |
| vai sempre doer de uma maneira ou de outra, não sei, mas entanto, estou a fazer um grande esforço | vai sempre doer de uma maneira ou de outra, não sei, mas entanto, estou a fazer um grande esforço | NR | 20 | ,00 | 6,00 | 1,8000 1,50787 |
| | | R | 20 | 2,00 | 16,00 | 10,9000 3,43205 |
| | | RI | 20 | 1,00 | 8,00 | 5,4000 2,45807 |
| | | RE | 20 | 2,00 | 7,00 | 4,7000 1,65752 |
| | | Valid N (listwise) | 20 | | | |
| continuo completamente destruído, mas consigo reconhecer o vazio | continuo completamente destruído, mas consigo reconhecer o vazio | NR | 1 | ,00 | ,00 | ,0000 . |
| | | R | 1 | 12,00 | 12,00 | 12,0000 . |
| | | RI | 1 | 8,00 | 8,00 | 8,0000 . |
| | | RE | 1 | 2,00 | 2,00 | 2,0000 . |
| | | Valid N (listwise) | 1 | | | |
| eu estou bem, não há problema | eu estou bem, não há problema | NR | 4 | ,00 | 3,00 | 1,7500 1,50000 |
| | | R | 4 | 9,00 | 15,00 | 11,7500 2,75379 |
| | | RI | 4 | 2,00 | 8,00 | 5,5000 2,64575 |
| | | RE | 4 | 4,00 | 7,00 | 5,5000 1,29099 |
| | | Valid N (listwise) | 4 | | | |
| eu estou a fazer um grande esforço | eu estou a fazer um grande esforço | NR | 5 | ,00 | 3,00 | 2,0000 1,22474 |
| | | R | 5 | 6,00 | 12,00 | 8,4000 2,60768 |
| | | RI | 5 | 2,00 | 7,00 | 4,4000 2,07364 |
| | | RE | 5 | 2,00 | 5,00 | 3,6000 1,14018 |
| | | Valid N (listwise) | 5 | | | |

As médias do quadro indicam que efectivamente, a religiosidade está associada à recuperação do luto. Perante as perdas que se deram a um período de tempo inferior a 1 ano, e no que se refere à consideração do estado “Eu estou bem, não há problema”, a religiosidade apresenta-se com um valor médio de 11.75, bastante superior à não religiosidade que apresenta $M=1.75$. Contudo, não existem grandes diferenças relativamente à religiosidade intrínseca e extrínseca ($M=5.50$ e $M=5.50$, respectivamente).

Quanto à categoria de resposta “Eu estou a fazer um grande esforço”, a religiosidade apresenta $M=8.40$ e a não religiosidade $M=2.00$. Não obstante, a religiosidade intrínseca apresenta $M=4.40$ e a extrínseca $M=3.60$.

Quanto às perdas que se deram a um período de tempo superior a 1 ano, e relativamente à categoria “Estou a fazer um grande esforço mas estou a recomeçar a minha vida”, a religiosidade atinge um valor médio de 7.50 enquanto que a não religiosidade indica $M=4.00$. A religiosidade intrínseca e extrínseca apresentam mais uma vez valores médios semelhantes ($M=3.50$).

Na categoria de resposta “Vai sempre doer de uma maneira ou de outra, no entanto estou a crescer com a experiência”, é perceptível o contraste entre não religiosidade e religiosidade ($M=1.80$ e $M=10.90$, respectivamente). No que diz respeito à religiosidade intrínseca e extrínseca, são também claras as diferenças entre os seus valores médios ($M=5.40$ e $M=4.70$).

Por último, na categoria “Continuo completamente destruído, mas consigo reconhecer o valor na luta”, a não religiosidade apresenta um valor médio nulo enquanto a religiosidade apresenta $M=12.00$. A religiosidade intrínseca assume também aqui, maior significância com uma $M=8.00$ perante a religiosidade extrínseca com $M=2.00$.

Quadro 6: Distribuição da amostra relativamente à situação actual perante o luto e os mecanismos de coping utilizados

| Descriptive Statistics | | | | | | |
|------------------------|--------------------|---|---------|---------|---------|----------------|
| qsl10 | | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
| eu estou bem, | coping interno | 4 | 11,00 | 59,00 | 40,0000 | 20,42874 |
| nao há problema | coping externo | 4 | 2,00 | 6,00 | 4,0000 | 1,82574 |
| | Valid N (listwise) | 4 | | | | |

Os valores indicam que os sujeitos que no momento afirmam estarem bem relativamente ao luto, recorreram maioritariamente ao coping religioso interno ($M=40.00$) em comparação com o coping religioso externo ($M=4.00$).

Quadro 7: Distribuição da amostra relativamente à idade, religiosidade e coping religioso

| | | Descriptive Statistics | | | | |
|--------------------|--------------------|------------------------|---------|---------|---------|----------------|
| idade | | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
| inferior a 30 anos | NR | 14 | ,00 | 6,00 | 2,2143 | 1,92867 |
| | R | 14 | ,00 | 13,00 | 8,4286 | 4,05186 |
| | RI | 14 | ,00 | 8,00 | 4,0000 | 2,68901 |
| | RE | 14 | ,00 | 6,00 | 3,9286 | 1,73046 |
| | coping interno | 14 | ,00 | 59,00 | 21,4286 | 15,85373 |
| | coping externo | 14 | ,00 | 8,00 | 1,9286 | 2,30265 |
| | Valid N (listwise) | 14 | | | | |
| de 31 a 60 anos | NR | 15 | ,00 | 4,00 | 1,7333 | 1,22280 |
| | R | 15 | 6,00 | 16,00 | 11,6667 | 2,79455 |
| | RI | 15 | 2,00 | 8,00 | 5,8667 | 1,99523 |
| | RE | 15 | 2,00 | 7,00 | 5,0000 | 1,85164 |
| | coping interno | 15 | 8,00 | 56,00 | 31,5333 | 18,23994 |
| | coping externo | 15 | ,00 | 35,00 | 7,4000 | 11,50031 |
| | Valid N (listwise) | 15 | | | | |
| superior a 61 anos | NR | 3 | ,00 | 3,00 | 1,3333 | 1,52753 |
| | R | 3 | 12,00 | 15,00 | 13,6667 | 1,52753 |
| | RI | 3 | 7,00 | 8,00 | 7,6667 | ,57735 |
| | RE | 3 | 2,00 | 6,00 | 4,3333 | 2,08167 |
| | coping interno | 3 | 24,00 | 52,00 | 40,3333 | 14,57166 |
| | coping externo | 3 | 5,00 | 28,00 | 15,0000 | 11,78983 |
| | Valid N (listwise) | 3 | | | | |

Em termos de idades, a religiosidade é mais elevada nos sujeitos com idade superior a 61 anos ($M=13.66$) relativamente às outras idades com $M=8.43$ em idades inferiores a 30 anos e $M=11.67$ para idades compreendidas entre 31 a 60 anos. A religiosidade parece aumentar com a idade.

Em relação à religiosidade intrínseca e extrínseca, é notória a diferença entre estas variáveis em idades superiores a 61 anos, sendo a média para a intrínseca de 7.67 e para a extrínseca de 4.33.

Quanto ao coping interno e externo, o primeiro é superior em todos os intervalos de idades. Quer o coping interno quer o externo, manifestam aumentos substanciais com o avanço da idade.

Quadro 8: Distribuição da amostra em termos de género e sua relação com os mecanismos de coping

| Descriptive Statistics | | | | | | |
|------------------------|--------------------|----|---------|---------|---------|----------------|
| genero | | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
| mulheres | NR | 22 | ,00 | 6,00 | 1,5455 | 1,43849 |
| | R | 22 | 5,00 | 16,00 | 11,0909 | 2,84369 |
| | RI | 22 | 1,00 | 8,00 | 5,8182 | 2,10750 |
| | RE | 22 | 2,00 | 7,00 | 4,3182 | 1,67293 |
| | coping interno | 22 | 4,00 | 56,00 | 31,7727 | 16,25960 |
| | coping externo | 22 | ,00 | 35,00 | 7,4545 | 10,81325 |
| | Valid N (listwise) | 22 | | | | |
| homens | NR | 10 | 1,00 | 6,00 | 2,7000 | 1,63639 |
| | R | 10 | ,00 | 15,00 | 9,0000 | 5,14242 |
| | RI | 10 | ,00 | 8,00 | 3,9000 | 2,92309 |
| | RE | 10 | ,00 | 7,00 | 4,8000 | 2,20101 |
| | coping interno | 10 | ,00 | 59,00 | 19,5000 | 18,28934 |
| | coping externo | 10 | ,00 | 5,00 | 1,9000 | 1,91195 |
| | Valid N (listwise) | 10 | | | | |

Relativamente à religiosidade, esta é superior nas mulheres ($M=11.09$). Nos homens, o valor médio da religiosidade é de 9.00. Quanto à religião intrínseca, verifica-se nas mulheres uma média superior à extrínseca. Contudo, é curioso observar que nos homens se observa exactamente o oposto.

O quadro indica ainda que as mulheres utilizam mais mecanismos de coping interno ($M=31.77$) que externo ($M=7.45$). Quanto aos homens, o coping interno também se mostra mais elevado ($M=19.50$) que o externo ($M=1.90$).

Quadro 9: distribuição da amostra em termos de habilitações literárias e religiosidade

| Descriptive Statistics | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|----|---------|---------|---------|----------------|
| habilitações literárias | | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
| até 4º ano | NR | 8 | ,00 | 3,00 | 1,2500 | 1,03510 |
| | R | 8 | 10,00 | 16,00 | 13,2500 | 2,05287 |
| | RI | 8 | 5,00 | 8,00 | 7,1250 | ,99103 |
| | RE | 8 | 2,00 | 7,00 | 4,7500 | 1,98206 |
| | coping interno | 8 | 13,00 | 56,00 | 36,6250 | 14,57922 |
| | coping externo | 8 | ,00 | 35,00 | 12,7500 | 12,85913 |
| | Valid N (listwise) | 8 | | | | |
| do 5º ano até ao 9º an | NR | 10 | ,00 | 4,00 | 2,2000 | 1,13529 |
| | R | 10 | 6,00 | 15,00 | 11,2000 | 2,78089 |
| | RI | 10 | 3,00 | 8,00 | 5,6000 | 1,71270 |
| | RE | 10 | 2,00 | 7,00 | 5,1000 | 1,44914 |
| | coping interno | 10 | 8,00 | 56,00 | 27,5000 | 17,38614 |
| | coping externo | 10 | ,00 | 13,00 | 2,1000 | 4,20185 |
| | Valid N (listwise) | 10 | | | | |
| do 10º ano ao 12º anc | NR | 7 | ,00 | 6,00 | 2,0000 | 2,23607 |
| | R | 7 | ,00 | 13,00 | 7,8571 | 5,01427 |
| | RI | 7 | ,00 | 8,00 | 3,5714 | 3,30944 |
| | RE | 7 | ,00 | 7,00 | 3,5714 | 2,50713 |
| | coping interno | 7 | ,00 | 56,00 | 21,5714 | 20,25551 |
| | coping externo | 7 | ,00 | 31,00 | 6,4286 | 11,17821 |
| | Valid N (listwise) | 7 | | | | |
| superior | NR | 7 | ,00 | 6,00 | 2,1429 | 1,95180 |
| | R | 7 | 5,00 | 13,00 | 8,7143 | 2,92770 |
| | RI | 7 | 1,00 | 8,00 | 4,1429 | 2,54484 |
| | RE | 7 | 2,00 | 6,00 | 4,1429 | 1,21499 |
| | coping interno | 7 | 4,00 | 59,00 | 25,0000 | 18,15673 |
| | coping externo | 7 | ,00 | 4,00 | 2,1429 | 1,57359 |
| | Valid N (listwise) | 7 | | | | |

A religiosidade assume o valor médio mais elevado em todas as categorias de habilitações literárias. Porém, é a categoria de habilitações “até ao 4º ano” que a religiosidade detém o valor médio mais elevado ($M=13.25$). No entanto, a religiosidade intrínseca e extrínseca não se diferenciam nas duas categorias, pelo que apresentam valores iguais ($M=3.57$ do 10º ano ao 12º ano, e $M=4.14$ no superior).

Quanto aos mecanismos de coping, o interno é sempre superior ao externo nos diversos grupos de habilitações. Porém, é de salientar as oscilações do coping externo, nomeadamente pela sua média mais elevada no grupo com habilitações “até ao 4º ano” ($M=12.75$) e ainda a sua subida no que se refere ao grupo “do 10º até ao 12º ano” ($M=6.43$) e o “superior” ($M=2.14$), relativamente ao grupo “do 5º ao 9º ano” com um valor médio de 2.10.

6.3 - Discussão dos resultados

Embora nos tenhamos fixado nos itens das questões 10 e 11 do QSL, muito resumidamente, podemos sintetizar os resultados encontrados.

Relativamente ao tempo decorrido desde a perda, 31.3% dos inquiridos referem que maioritariamente as perdas ocorreram num período de tempo compreendido entre 1 a 2 anos, de forma repentina (53.1%) e de causas naturais (71.9%). Quanto ao suporte social, 34.4% dos inquiridos pediram ajuda sempre que necessitaram e foram também capazes de a receber (“Sim, a maioria das vezes” e “Sim, às vezes”, 43.8% e 37.5%, respectivamente).

No tipo de apoio recebido, os valores apontam no sentido de que este, geralmente é obtido de familiares e amigos. O recurso a técnicos especializados como terapeutas é representado apenas por uma pequena percentagem da amostra (9.38%).

Relativamente à expressão de sentimentos, apenas 15.6% da amostra afirma que os seus sentimentos foram desencorajados, logo, nesta amostra não estão evidentes complicações a este nível. Estes dados contrariam o que foi referido por Koury (2003, cit por Freire, 2005) uma vez que, este afirmou que o indivíduo quando perde alguém não fala da sua dor e também não lhe é oferecido apoio.

No que se refere aos dados obtidos no Questionário de avaliação do sobrenatural (QAS3), verifica-se que existe sem dúvida uma religiosidade autêntica nesta amostra, com $M=10.44$, e ainda a manifestação desta intrinsecamente como nos indicam as médias ($M=5.22$ na religiosidade intrínseca e $M=4.47$ para a extrínseca).

Comparativamente com as médias da população geral, obtida num estudo elaborado por Martins (2000), verifica-se uma média idêntica em termos de não religiosidade e religiosidade (ver anexo R). No entanto, os valores da amostra deste estudo, demonstram uma religiosidade intrínseca e extrínseca mais elevada.

Quanto ao The Ways of Religious Coping Scale (Worcs), os valores médios evidenciam que a par de uma religiosidade autêntica, esta amostra perante a situação de luto, utilizou esmagadoramente mecanismos de coping religioso interno, como comprovam as médias ($M=27.94$ para coping interno e $M=5.72$ para externo). Tal como Pargament (1997) conclui, são mais propensas a utilizar este tipo de estratégias de coping, os indivíduos cuja orientação geral no mundo se rege por crenças e práticas religiosas (Faria & Seidl, 2005).

Apesar de não existirem estudos à volta desta temática, e mesmo reconhecendo as limitações da amostra (N=32), a comparação entre os dados obtidos, permite-nos realçar os seguintes aspectos.

Obviamente, não é apenas a religiosidade que ajuda a ultrapassar o luto. Existem por certo, inúmeras variáveis que exercem também a sua influência. No entanto, e relativamente ao problema levantado neste trabalho, confirma-se através dos resultados obtidos que as pessoas que têm religiosidade, seja ela interna ou externa e mecanismos de coping intrínseco e extrínseco, aparecem associadas a uma melhor resolução do luto. Com um N=32, apenas 1 sujeito indicou reacção ao luto desajustada (ver quadro 5). Assim sendo, confirma-se o problema levantado relativamente ao impacto da religiosidade na reacção ao luto.

Em relação à religiosidade e à idade, a primeira é mais elevada em idades superiores a 61 anos, no entanto, à medida que vamos avançando na idade, os valores de religiosidade acompanham de forma positiva esse avanço.

Quanto ao género, as mulheres demonstram maior religiosidade. Contudo, a diferença é reduzida (M=11.09 nas mulheres e M=9.00 nos homens).

Nas habilitações literárias, são as classes menos cultas, aquelas que apresentam maior valor médio no que concerne à religiosidade. Porém, é de relevar um dado curioso quanto à religiosidade, na medida em que, esta assume um valor mais elevado na categoria “superior” relativamente à categoria “do 10º ao 12º ano”. Esta constatação poderá estar relacionada com o avanço da idade que implicará uma maior seriedade na forma como as pessoas lidam com a religião.

Já, no que se refere aos mecanismos de coping utilizados aquando da perda, é claramente evidente a associação entre a utilização de mecanismos de coping religioso interno e uma recuperação positiva perante o luto. A este nível, é de relevar o estudo de Harrison e cols. (2001), onde constataram também evidências entre o coping religioso e medidas de adaptação psicológica (Faria & Seidl, 2005).

A recorrência ao coping interno e externo parece aumentar com a idade. No entanto, quanto ao género, não se evidenciam diferenças em termos de utilização de coping interno e externo. De acordo com as habilitações literárias, é possível verificar também a superioridade do coping interno. Porém, existem oscilações no coping externo de acordo com as categorias literárias. Contudo, é na categoria “até ao 4º ano”, que este é mais elevado o que pode estar relacionado com a idade avançada dos sujeitos desta classe, que por sua vez, poderão atender mais à exteriorização dos ritos e comportamentos religiosos. Estas conclusões, embora dispersas, vão no sentido da comprovação do segundo problema levantado.

REFLEXÃO FINAL

Deparamo-nos neste momento com a consolidação de todos os conhecimentos adquiridos ao longo da elaboração da presente monografia. A abordagem deste tema, ainda que, com traços abstractos, permitiu-nos aceder à compreensão de muito do poder da religiosidade perante o luto.

Sem margem para dúvidas, toda a religiosidade e os mecanismos de coping religioso inerentes a este conceito, constituem-se como um meio de elevado poder, perante aquele que será o acontecimento de vida mais penoso, doloroso e stressante, o luto.

Sendo o luto, um acontecimento angustiante e delicado na sua abordagem, surgiram inúmeras dificuldades aquando da constituição e selecção da amostra. No entanto, e mesmo perante uma população reduzida, foi possível demonstrar a interacção das variáveis que consideramos para este estudo.

Os resultados encontrados, demonstraram que aqueles que são verdadeiramente religiosos e utilizam mecanismos de coping religioso, restabelecem com menos complicações o equilíbrio perdido aquando da perda de um ente querido.

Perante uma panóplia de dados fornecidos pelos instrumentos que foram aplicados, foi crucial a escolha de determinada ocorrência no sentido de especificar de forma bastante objectiva o estudo. Apercebemo-nos de muitas outras problemáticas no desenrolar da pesquisa, as quais ficaram sem resposta, tal a necessidade de síntese por se tratar de uma monografia.

O sentimento de satisfação, é o conceito que neste momento impera, quer pelos resultados obtidos, quer pelo interesse que estes despertam para futuramente alargar as bases desta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardelt, M. (2000). Wisdom, Religiosity, Purpose in Life, and Attitudes Toward Death. Documento não publicado.

Ariès, P. (1988). *O homem perante a morte – II*. Lisboa: Publicações Europa-América.

Ariès, P. (2000). *O homem perante a morte – I*. (2 ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)* (4 ed.). Lisboa: Climepsi.

Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2 (3), 1-15. Consultado a 3 de Junho de 2006, através de Scielo Brasil.

Asaro, M. (2001). Working with adult homicide survivors, part II: Helping family members cope with murder. *Perspectives in psychiatric Care*, 3 (37), 115-125. Consultado a 26 de Abril de 2006 através de ProQuest Psychology Journals.

Baltazar, D. (2003). *Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental*. Tese apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública. Consultado em 23 de Junho de 2006, em: <http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/vargasdm.pdf>

Barros, J. (1998). *Viver a morte – Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina.

Barros, J. (2000). *Psicologia da religião*. Coimbra: Almedina.

Barros, J. & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), 355-367. Consultado a 23 de Abril de 2006 através de Scielo Portugal.

Beckwith, S. (1996). *Complicated Bereavement: definitions, diagnosis, and implications* (CG 026 870). University of Southern Maine (ED 393 044)

Boelen, P., Bout, J. & Hout, M. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1123-1136. Consultado a 23 de Julho de 2006, através de: www.sciencedirect.com

Boudreaux, E., Catz, S., Ryan, L., & Amaral-Melendez, M. (1995). The Ways of Religious Coping Scale: Reliability, Validity, and Scale Development. *Assessment*, 2, 233-244. Artigo cedido pelo autor.

Carreteiro, R. (2003). A morte e o luto - quando chega a hora da partida. Consultado a 6 de Maio de 2006, em: www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0158

Cesar, B. (s/d). *Você tem medo de morrer?* Consultado a 13 de Março de 2006, em: <http://www.somostodosum.ig.com.br/conteudo/conteudo.asp?id=2003>

Coe, A. (2005). Nós, os ossos que aqui estamos, pelos vossos esperamos: O século XIX e as atitudes diante da morte e dos mortos. *Outros Tempos*, 2, 97-111. Consultado a 30 de Maio de 2006, em: <http://www.outrostempos.uema.br/volume2.htm>

Costa, E. & Leal, I. (2006). Estratégias de coping em estudantes do ensino superior. *Análise Psicológica*, 2 (XXIV), 189-199. Consultado a 27 de Agosto de 2006, através de Scielo Portugal.

Doka, K. J. (s/d). *Acute*. Consultado a 26 de Maio de 2006, em: www.deathreference.com/gi-ho/grief.html

Domingos, B. & Maluf, M. (2003). Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3 (16), 577-589. Consultado a 3 de Julho de 2006 através de Scielo Brasil.

Escudeiro, A. (2005). *Convivendo com as perdas*. Consultado a 13 de Março de 2006, em: <http://www.redenacionaldetanatologia.psc.br/quadro.htm>

Faria, J. & Seidl, E. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3 (18), 381-389. Consultado a 29 de Junho de 2006 através de Scielo Brasil.

Ferreira, P. (2005, Janeiro). Algumas considerações para a compreensão da ansiedade perante a doença terminal e a morte. *Sinais Vitais*, 58, 41-45.

Freire, M. (2005). Isolamento e sociabilidade no luto: A formação de redes sociais no ambiente cemiterial. Consultado a 5 de Abril de 2006, em: www.revista-redes.rediris.es/webredes/arsrosario/01-Freire.pdf

Galhordas, J. & Lima, P. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar)–Revista ESSA*, 0, 35-47. Consultado a 3 de Abril de 2006, em: www.essa.pt/revista/revista.html

Giorgi, E. (s/d). *Dados históricos sobre a morte – I*. Consultado a 7 de Junho de 2006, em: <http://www.obito.com.br/psicologia/psicologia2.asp?id=573>

Gonçalves, O. (2004). *Terapias cognitivas: Teorias e Práticas* (4 ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Idaho State University (1993). *Coping with your loss and grief* (CG 025 140). Pacific Northwest Publication (ED 364 817)

Jurkovic, D. & Walker, G. (2006). Examining masculine gender-role conflict and stress in relation to religious orientation and spiritual well-being in Australian men. *Journal of Men's Studies*, 1 (14), p.27. Consultado a 28 de Agosto de 2006, através de ProQuest Psychology Journals.

Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Martins, J. (2000). *Comportamentos de terapeutas e clientes face ao sobrenatural*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Medina, E., Jiménez, C., Criado, L. & Laborda, A. (2000). Problemática clínica del duelo en la asistencia en salud mental. *Psiquiatria Pública*, 12 (3), 209-218. Consultado a 22 de Março de 2006, em: www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_3/arti01.pdf

Menezes, R. (2004). A solidão dos moribundos: falando abertamente sobre a morte. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 1 (14), 147-171. Consultado a 7 de Junho de 2006 através de Scielo Brasil.

Monteiro, S. (2005). *O luto como um processo de dor e de reconciliação com a vida*. *Actas de las comunicaciones y pósters presentados en el II Congreso Hispano-Portugués de*

Psicologia (Lisboa, 2004). Consultado a 30 de Junho de 2006, em: www.fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/indiceip.htm

Neimeyer, R. (2001). Reauthoring life narratives: Grief therapy as meaning reconstruction. *The Israel Journal of psychiatric and Related Sciences*, 3/4 (38), 171-183. Consultado a 26 de Abril de 2006 através de ProQuest Psychology Journals.

Neto, F. (1997). *Psiquiatria e religião – A prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. Tese para obtenção do título de livre-docente apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Consultado a 25 de Junho de 2006, em: http://www.hojenet.org/htm/profissional_arquivos.htm

Parkes, C. M. (1998). Bereavement in adult life – Coping with loss, part 1. *British Medical Journal* (14 Março). Consultado a 13 de Abril de 2006, através de www.findarticles.com

Parkes, C. M., Laungani, P. & Young, B. (2003). Cultura e Religião. In C. M. Parkes, P. Laungani & B. Young (Eds.), *Morte e luto através das culturas* (1ª ed., pp. 23-37). Lisboa: Climepsi.

Rebelo, J. (2005). Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), 373-380. Consultado a 2 de Maio de 2006, através de Scielo Portugal.

Reed, M. D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 3 (28), 285-300. Consultado a 3 de Abril de 2006 através de ProQuest Psychology Journals.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Sales, P. P. & Lucena, R. (2000). Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción social del sentimiento de dolor. *Psiquiatria Pública*, 12 (3), 259-271. Consultado a 22 de Março de 2006, em: www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_3/arti05.pdf

Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2 ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc..

Scott, H. K. (1993). Death awareness among college age students (CG 025 313). Bowling Green State University (ED 370 009)

Silva, E. (2004). Religião, diversidade e valores culturais: conceitos teóricos e a educação para a cidadania. *Rever – revista de estudos da religião*, 2, 1-14. Consultado a 25 de Junho de 2006, em: http://www.pucpsp.br/rever/rv2_2004/p_silva.pdf

Singh, A., Singh, D. & Nizamie, S. H. (2003). Death and Dying. *Mental Health reviews*. Consultado a 21 de Março de 2006, em: <http://www.psyplexus.com/excl/death.html>

Souza, T. & Shimma, E. (2004). Os lutos da aids. *JBA*, 4 (5), 145-188. Consultado a 4 de Março de 2006, em: www.usp.br/nepaids/oslutosdaaids.pdf

Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2 ed.) – Coimbra.

Walsh, K., King, M., Jones, L., Tookman, A. & Blizard, R. (2002). Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *BMJ*, 324, 7353.1551. Consultado a 28 de Agosto de 2006, em: <http://www.bmj.bmjournals.com>

Wikipédia (2006). *Ateísmo*. Consultado a 28 de Agosto de 2006, em: <http://pt.wikipedia.org>

Zilberman, A. (2006). *Em busca de mecanismos de adaptação e superação no luto familiar*. Consultado a 26 de Abril de 2006, em: www.cefipoa.com.br/artigos.aspx

Anexos

Anexo A

Questionário sobre o luto (QSL)

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

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

1. Há quanto tempo se deu a sua perda?

- a) 0-6 meses
- b) 6 meses a 1 ano
- c) 1-2 anos
- d) 2-5 anos
- e) mais de 5 anos

2. A sua perda foi repentina ou esperada?

- a) Repentina
- b) Esperada

3. A sua perda foi derivada de causas naturais ou não naturais?

- a) Causas naturais
- b) Causas não naturais

4. Foi capaz de pedir ajuda ou reconforto quando necessitou?

- a) Sim, sempre que necessitei
- b) Sim, em algumas ocasiões
- c) Raramente
- d) Nunca

5. Foi capaz de receber ajuda ou reconforto que lhe foi oferecido?

- a) Sim, a maioria das vezes
- b) Sim, às vezes
- c) Não, nem por isso
- d) Não, de maneira alguma
- e) Não me foi oferecida ajuda

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

- a) Filhos adultos
- b) Pais
- c) Irmãos
- d) Outros membros da família

- e) Amigo/a
- f) Terapeuta
- g) Padre, Rabi ou outro membro da igreja
- h) Uma comunidade (por exemplo igreja, vizinhança, etc.)
- i) Grupo de apoio
- j) Outro (especifique por favor) _____

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

- a) Sim, bastante
- b) Algum, mas gostaria de ter mais
- c) Não, nem por isso
- d) Outro (especifique por favor) _____

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

- a) Sim, muito
- b) Sim, um pouco
- c) Não, os meus sentimentos foram ignorados
- d) Não, os meus sentimentos foram desencorajados

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

- a) Sim, eu gosto de resolver as coisas sozinho/a
- b) Sim, mas eu não gosto de estar sozinho/a com os meus sentimentos
- c) Sim, eu necessito de algum tempo para mim e algum tempo para os outros
- d) Não, os sentimentos são arrebatadores e assustam-me
- e) Não, por isso eu fecho os meus sentimentos quando estou sozinho/a

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

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

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

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

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

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

- a) Sim
- b) Não

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

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

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

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

Obrigado pela sua participação neste questionário.

Cátia Carvalho

Anexo B

Questionário de avaliação do sobrenatural (QAS3) (População) Martins (2000)

Dados Biográficos:

Idade_____ Sexo_____ E. Civil_____ H.Literárias:_____

Profissão_____ Distrito_____

Instrução:

*Agradecia que respondesse a todas as questões
e a todos os itens de cada questão.
Exemplifico com a primeira pergunta do questionário.*

1.Como se situa face à existência do sobrenatural (realidades acima do natural)

| | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Materialista (reconhece apenas as realidades materiais) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Espiritualista (Aceita a existência de realidades sobrenaturais) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Agnóstico (Não se pode provar a existência do sobrenatural) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1. Como se situa face à existência do sobrenatural (realidades acima do natural)

| | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Materialista (Reconhece apenas as realidades materiais) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Espiritualista (Aceita a existência de realidades sobrenaturais) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Agnóstico (Não se pode provar a existência do sobrenatural) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Deus para si é:

| | Sim | Não |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. Alguém que mantém uma relação pessoal com os homens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Um Ser realmente existente, mas distante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Um produto da nossa imaginação (que criamos para responder às nossas necessidades) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Um produto cultural (algo que a sociedade nos leva a interiorizar para nos controlar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Acredita na existência:

| | Sim | Não | Não sei |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Da Salvação (realizada por Cristo ou por outro enviado de Deus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dos Anjos (espíritos bons e protectores) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Dos Demónios (espíritos maus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Dos Santos (pessoas profundamente fieis a Deus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Do Céu (felicidade depois da morte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Do Inferno (castigo depois da morte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Religião

| | Sim | Não |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 14. Professa uma Religião (Católico, Protestante, Testemunha de Jeová, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. É anti – Religioso (Não tolera as Religiões organizadas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Em que medida participa de práticas religiosas como orações, missas, sacramentos, catequese, obras de caridade, festas religiosas, etc.?

| | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 16. Habitualmente (conforme aconselha a sua Religião) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Quando está em família (no seu ambiente de origem) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Em momentos especiais (funerais, casamentos, etc.) ou datas especiais (Natal, Páscoa, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Nunca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Discorda de práticas religiosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Ao reflectir sobre as práticas religiosas pensa que:

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 21. É importante dedicar tempo significativo à meditação das verdades em que se acredita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. O que os crentes buscam na oração é tranquilidade e segurança | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. As vivências religiosas podem contribuir para o equilíbrio psíquico dos crentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. A Religião é importante, mas nem sempre é praticável | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. As Confissões Religiosas provocam habitualmente fanatismo nos seus fiéis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. As práticas religiosas favorecem a maioria das vezes desequilíbrios psíquicos nos seus fiéis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Mesmo que não pertença a uma confissão religiosa nem acredite propriamente num Deus, costuma ter vivências espirituais (sentimentos e pensamentos de elevação, de admiração, de reconhecimento de algo Superior), por exemplo quando contempla a natureza, quando admira a beleza do universo, quando se recolhe em silêncio, etc.

- | | Sim | Não |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 27. Frequentemente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. De tempos a tempos ou em momentos de maior aflição | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Nunca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Achar-se-ia ridículo se o fizesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Se é crente, esforça-se por viver de acordo com as suas crenças?

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 31. Sempre (o que não quer dizer que não possa ter falhas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Nem sempre (sobretudo quando não estou de acordo com certas exigências) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pedia que verificasse se respondeu a todos os itens. Muito obrigado.

Cátia Carvalho

Anexo C

The ways of Religious Coping Scale (Worcs)

Adaptado por Cátia Carvalho, sob a autorização dos autores Boudreaux, Catz, Ryan, Amaral-Melendez, Brantley, 1995

As perguntas que se seguem estão relacionadas com o modo como lida com situações de tensão/ problemáticas na sua vida. Uma situação de tensão é qualquer situação que é difícil ou que a está a perturbar, porque se sente desolada/o com o que está a acontecer ou porque tem que fazer um enorme esforço para lidar com a mesma. Tal situação pode envolver a sua família, o seu trabalho, os seus amigos ou qualquer outra coisa importante para si. Neste caso, solicitamos que se concentre em situações de perda (morte ou ruptura afectiva).

Leia cuidadosamente cada afirmação abaixo descrita e indique a frequência com revela os seguintes comportamentos ao recordar essa situação.

Indique as suas respostas fazendo um círculo no número que considere apropriado. Responda a todos os itens.

Use as seguintes categorias de resposta:

0 – Não se aplica 1 – Aplica-se às vezes 2 – Aplica-se frequentemente 3 – Aplica-se muito frequentemente
 4 – Aplica-se sempre

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Faço orações. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Leio a Bíblia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Procuo um grupo religioso de apoio. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Suplico ao Espírito Santo que dirija as minhas acções. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Confesso-me a Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Não rezo. R | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Procuo apoio dos membros da igreja/mesquita/templo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Converso com os chefes da igreja/mesquita/templo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Procuo tirar da situação uma lição de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Procuo evitar o pecado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Rezo a Deus para que me inspire. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Procuo compensar os meus erros. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Coloco os meus problemas nas mãos de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. Peço força/ resistência. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Converso com os membros da igreja/mesquita/templo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Recorro às minhas orações. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Converso com o meu pastor/pregador/rabi/padre. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Evoco uma passagem da Bíblia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Deixo de frequentar serviços religiosos. R | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Obtenho ajuda da igreja. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Uso uma história da Bíblia para me ajudar a resolver um problema. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Peço a ajuda de uma figura religiosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Resolvo os problemas sem a ajuda de Deus. R | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Peço o perdão de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Dedico-me a uma causa ou actividade religiosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Peço conselhos ao meu chefe religioso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Partilho as minhas crenças religiosas com outros. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Penso em Jesus como um amigo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Envolve-me em actividades da igreja/mesquita/templo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Dou dinheiro a uma instituição religiosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Tomo decisões de acordo com as minhas crenças religiosas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Procuo paz num local religioso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Peço a alguém para rezar comigo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Peço uma bênção. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Rezo a pedir ajuda. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Vou a um conselheiro religioso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Peço inspiração a Deus para resolver problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Encontro paz na partilha de problemas com Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Deixo de ler a Bíblia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Recito o salmo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Obrigado pela sua colaboração.

Anexo D

Há quanto tempo se deu a perda

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|-----------------|------------|-------------|
| Valid | 0 aos 6 meses | 5 | 15,6 |
| | 6 meses a 1 ano | 3 | 9,4 |
| | 1 a 2 anos | 10 | 31,3 |
| | 2 a 5 anos | 6 | 18,8 |
| | mais de 5 anos | 8 | 25,0 |
| | Total | 32 | 100,0 |

Anexo E

Perda repentina ou esperada

| | | Frequency | Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|
| Valid | repentina | 17 | 53,1 |
| | esperada | 15 | 46,9 |
| | Total | 32 | 100,0 |

Anexo F

Derivou de causas naturais ou não naturais

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|---------------------|------------|-------------|
| Valid | causas naturais | 23 | 71,9 |
| | causas nao naturais | 9 | 28,1 |
| | Total | 32 | 100,0 |

Anexo G

Pediu ajuda quando necessitou

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|----------------------------|------------|-------------|
| Valid | sim, sempre que necessitei | 11 | 34,4 |
| | sim, em algumas ocasiões | 7 | 21,9 |
| | raramente | 5 | 15,6 |
| | nunca | 9 | 28,1 |
| | Total | 32 | 100,0 |

Anexo H

Capacidade de receber ajuda oferecida

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|----------------------------|------------|-------------|
| Valid | sim, a maioria das vezes | 14 | 43,8 |
| | sim, às vezes | 12 | 37,5 |
| | nao, nem por isso | 2 | 6,3 |
| | nao me foi oferecida ajuda | 4 | 12,5 |
| | Total | 32 | 100,0 |

Anexo I

| | Frequência | Frequência relativa | |
|--------------------------|------------|---------------------|-------------|
| | | absoluta | percentagem |
| Filhos adultos | 10 | 0.1388 | 13.89 |
| Pais | 4 | 0.0555 | 5.56 |
| Irmãos | 11 | 0.1527 | 15.28 |
| Outros familiares | 17 | 0.2361 | 23.61 |
| Amigos | 18 | 0.25 | 25 |
| Terapeuta | 3 | 0.0416 | 4.17 |
| Padre | 3 | 0.0416 | 4.17 |
| Comunidade | 6 | 0.0833 | 8.33 |
| Total | 72 | | |

Anexo J

Continuam a ter apoio neste momento

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|---------------------------------|------------|-------------|
| Valid | sim, bastante | 14 | 43,8 |
| | Algum, mas gostaria de ter mais | 5 | 15,6 |
| | nao, nem por isso | 13 | 40,6 |
| | Total | 32 | 100,0 |

Anexo K

**É ou foi encorajado a exprimir os sentimentos nos 6 meses
após a perda**

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|--|------------|-------------|
| Valid | sim, muito | 13 | 40,6 |
| | sim, um pouco | 14 | 43,8 |
| | nao, os meus sentimentos foram desencorajados | 5 | 15,6 |
| | Total | 32 | 100,0 |

Anexo L

Capacidade para lidar com os sentimentos de tristeza sozinho

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|--|------------|-------------|
| Valid | sim, eu gosto de resolver as coisas sozinho | 9 | 28,1 |
| | sim, mas eu nao gosto de estar sozinho com os meus sentiment | 8 | 25,0 |
| | sim, eu necessito de algum tempo pra mim e algum tempo para | 15 | 46,9 |
| | Total | 32 | 100,0 |

Anexo M

**Se a perda se deu à menos de 1 ano, como está a lidar com
ela no momento**

| | | Frequência | Percentagem |
|---------|---------------------------------------|------------|-------------|
| Valid | eu estou bem, nao há problema | 4 | 12,5 |
| | eu estou a fazer um grande esforço | 5 | 15,6 |
| | Total | 9 | 28,1 |
| Missing | System | 23 | 71,9 |
| Total | | 32 | 100,0 |

Anexo N

Se a perda se deu há mais de 1 ano, como está a lidar com ela no momento

| | | Frequência | Porcentagem |
|---------|--|------------|-------------|
| Valid | estou a fazer um grande esforço, mas estou a recomeçar a mi | 2 | 6,3 |
| | vai sempre doer de uma maneira ou de outra, no entanto, esto | 20 | 62,5 |
| | continuo completamente destruido, mas consigo reconhecer o v | 1 | 3,1 |
| | Total | 23 | 71,9 |
| Missing | System | 9 | 28,1 |
| Total | | 32 | 100,0 |

Anexo 0

**O apoio que recebeu/não recebeu nos 6 meses após
a perda influenciou a capacidade de a enfrentar**

| | | Frequência | Percentagem |
|---------|--------|------------|-------------|
| Valid | sim | 27 | 84,4 |
| | nao | 3 | 9,4 |
| | Total | 30 | 93,8 |
| Missing | System | 2 | 6,3 |
| Total | | 32 | 100,0 |

Anexo P

Influência da experiência da dor nas relações com os outros

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|--------------------|------------|-------------|
| Valid | sim, para melhor | 17 | 53,1 |
| | sim, para pior | 3 | 9,4 |
| | nao, de modo algum | 12 | 37,5 |
| | Total | 32 | 100,0 |

Anexo Q

Influência da experiência de dor na forma de estar na vida

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|--------------------|------------|-------------|
| Valid | sim, para melhor | 16 | 50,0 |
| | sim, para pior | 8 | 25,0 |
| | nao, de modo algum | 8 | 25,0 |
| Total | | 32 | 100,0 |

Anexo R

**Distribuição da população geral relativamente à não religiosidade, religiosidade,
religiosidade intrínseca e religiosidade extrínseca**

| | | NR | R | RI | RE |
|----------------|---------|---------|---------|---------|--------|
| N | Valid | 544 | 544 | 544 | 544 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Median | | 2,0000 | 11,0000 | 4,0000 | 2,0000 |
| Std. Deviation | | 1,82170 | 3,76124 | 2,48588 | ,89915 |
| Minimum | | ,00 | 1,00 | ,00 | ,00 |
| Maximum | | 10,00 | 18,00 | 8,00 | 4,00 |
| Percentiles | 25 | 1,0000 | 8,0000 | 2,0000 | 1,0000 |
| | 50 | 2,0000 | 11,0000 | 4,0000 | 2,0000 |
| | 75 | 3,7500 | 14,0000 | 6,0000 | 3,0000 |

Anexo S

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Conforme a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Adoptada na 18ª Assembleia Geral da World Medical Association
e Rectificada pela última vez em 2000)

Eu, abaixo assinado, _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que achei necessárias.

Tomei conhecimento dos objectivos, métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto, bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação.

_____, _____ de _____ de _____
(Localidade) (Dia) (Mês) (Ano)

(Assinatura)

Pelo(s) investigador(es) responsável(eis)

(Assinatura)

Anexo T

FW: RE: Research about Mourning

★Cátia Carvalho

Mais opções 25 Jun

Cátia Carvalho

>From: candyce@candycecounseling.com >To: Cacute@candycecounseling.com,
tia Carvalho >Subject: RE: Research about Mourning >Date: Fri, 09 Jun 2006 16:01:39 -
0700 > >Hi, > >I'm so sorry it's taken me so long to respond to your several requests
>about my grief questionnaire. I've had a lot of family stuff going on, >and I've been
delayed in responding to e-mail. > >Anyway, you would be welcome to use the
questionnaire, but it's one I >made up for my own use. I haven't done any kind of
statistical analysis >on it, so there are no norms, etc. So I'm not sure if the questionnaire
>would be of any real use to you. If you still think it would, please >let me know, and
we'll see how to get it to you. I'd just like to be >given credit for the questionnaire if you
use it. > >Sincerely, >Candyce Ossefort-Russell > > > ----- Original Message ----- >
> Subject: Research about Mourning > > From: Cátia Carvalho > > Date: Thu, May 11,
2006 5:34 am > > To: candyce@candycecounseling.com > > > Dear Sir > > > I am
a psychology student in Portugal and at the moment i am doing a > > research about "
Mourning and religious beliefs". > > In result of my research, i have find in your web site
a questionnaire, > > called "Grief Questionnaire", that would be very helpful for my
study. > > I would like to know if you allow me to use it and if it was checked. In > > case
you comply with my request, then i would ask you to send me the > > description of the
instrument by e-mail, as well as the data related to the > > normalization/ regularization.
> > > > > Yours Faithfully > > > Cátia Carvalho > >

Anexo U

FW: RE: Ways of religious coping scale

★Cátia Carvalho

Mais opções 25 Jun

Cátia Carvalho

>From: "Boudreaux, Edwin" >To: Cátia Carvalho ,, , >CC: "Coleman, Vanessa"
>Subject: RE: Ways of religious coping scale >Date: Thu, 11 May 2006 10:05:10 -0400
> >Yes, you have permission. My assistant will mail you a copy of the original study.
>Thank you, >ed > >Edwin D. Boudreaux, PhD >Emergency Medicine >Cooper
University Hospital >One Cooper Plaza >856-757-7801 >cell: 609-433-1197 >fax: 856-
757-9651 >email: boudreaux-edwin@cooperhealth.edu > >NOTICE: Unless you are the
addressee (or authorized to receive e-mail for the addressee), you may not use, copy or
disclose to anyone this message or any information contained in this message. If you
have received this message in error, please advise the sender by reply e-mail, and
delete this message. Thank you. > > >-----Original Message----- >From: Cátia Carvalho
[mailto:catiadrcarvalho@hotmail.com] >Sent: Thursday, May 11, 2006 6:57 AM >To:
Boudreaux, Edwin; catz.s@ghc.org; lryan@csdb.org; brantlpj@pbrc.edu >Subject:
Ways of religious coping scale > >Dear Sir > >I am a psychology student in Portugal
and at the moment i am doing a >research about " Mourning and religious beliefs". >In
result of my research, i have find in web site a questionnaire, called " >Ways of
religious coping scale", that would be very helpful for my study. >I would like to know if
you allow me to use it and if it was checked. In >case you comply with my request, then
i would ask you to send me the >description of the instrument by e-mail, as well as the
data related to the >normalization/ regularization. > > > Yours Faithfully > >Cátia
Carvalho > catiadrcarvalho@hotmail.com >Portugal >